TOM XIII ZESZYT 1–2

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

REDAKTOR NACZELNY: PROF. DR A. LASKIEWICZ

SEKRETARZE REDAKCJI: DR J. IWASZKIEWICZ i DR A. ZAKRZEWSKI
WYDAWCA: DR J. CZARNECKI, PREZES POLSK. TWA OTO-LARYNGOLOG.
KOMITET REDAKCYJNY PATRZ STR. II

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
POZNAŃ, KLINIKA OTOLARYNGOLOGICZNA U. P., FREDRY 7
KONTO P. K. O. TOW. OTOLARYNGOLOGICZNEGO W WARSZAWIE 5033

ROCZNIK 13-TY
STYCZEŃ 1937 R.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU POZNAŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA WINIEWICZA

TOM XIII ZESZYT 1–2

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

REDAKTOR NACZELNY: PROF. DR. A. LASKIEWICZ

SEKRETARZE REDAKCJI: DR J. IWASZKIEWICZ i DR A. ZAKRZEWSKI
WYDAWCA: DR J. CZARNECKI, PREZES POLSK. TWA OTO-LARYNGOLOG.
KOMITET REDAKCYJNY PATRZ STR. II.

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
POZNAŃ, KLINIKA OTOLARYNGOLOGICZNA U. P., FREDRY 7
KONTO P. K. O. TOW. OTOLARYNGOLOGICZNEGO W WARSZAWIE 5033

CENA ZESZYTU POJEDYŃCZEGO 5 ZŁ, PODWÓJNEGO 10 ZŁ
CENA OGŁOSZEŃ: ZA CAŁĄ STRONĘ 60 ZŁ, ZA PÓŁ 30 ZŁ, ZA ĆWIERĆ 15 ZŁ

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie i załączone streszczenie w języku francuskiem

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU POZNAŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA WINIEWICZA

WYCHODZI ZESZYTAMI - CZTERY ZESZYTY ROCZNIE

TREŚĆ NUMERU:

SOMMAIRE.

TOM XIII STYCZEŃ 1937 ZESZYT 1—2

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

ORGAN POLSKIEGO T-WA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

REDAKTOR NACZELNY: PROF. DR. A. LASKIEWICZ

Sekretarze Redakcji: Dr J. Iwaszkiewicz i Dr A. Zakrzewski

Wydawca: Dr J. Czarnecki, Prezes P. Twa Oto-laryngologicznego

Komitet Redakcyjny p. str. 1

Adres Redakcji i Administracji: Poznań, Klinika Oto-laryngologiczna U. P., ul. Fredry 7

W sprawie leczenia ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego dordzeniowym wprowadzaniem powietrza.

Prof. Dr. T. WĄSOWSKI.

Ropne zapalenie opon mózgowych, powstałe w przebiegu zapalenia ucha, zaliczamy do najcięższych powikłań. Odsetek wyleczenia waha się pomiędzy 7% *(Stewart)*, a 32% *(Neumann)*, zwłaszcza rokowanie bywa złe w przypadkach, w których objawy mózgowe wikłają ostre ropienie ucha.

W walce z tym cierpieniem nie rozporządzamy obecnie żadnym pewnym i niezawodnym środkiem. Postępowanie nasze ma na celu przede wszystkim usunięcie ogniska zakażonego w kości przez odpowiedni do przypadku zabieg operacyjny, a następnie podniesienie sił odpornościowych ustroju czy to przez stosowanie surowicy lub szczepionki, czy na drodze chemoterapii (urotropina, trypaflawina), czy wreszcie przez założenie ropnia aseptycznego.

Ogromne znaczenie posiadają częste upusty płynu mózgowo-rdzeniowego, lecz tylko w przypadkach przebiegających z nadmiernym wytwarzaniem się płynu, ze wzmożonym jego ciśnieniem. Tam nakłucie lędźwiowe powoduje uwalnianie się z przestrzeni podpajęczynowej ogromnej ilości bakteryj i ich toksyn, a oprócz tego, co może jest czynnikiem najważniejszym, pobudza plexus chorioideus do żywszego wytwarzania płynu m.-r., do jego stałego odnawiania.

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa w przypadkach zapalenia opon, w których stwierdzamy niskie ciśnienie płynu m.-r., w których nakłucie lędźwiowe pozostaje bez wyniku lub daje co-

najwyżej kilka kropel płynu. Te przypadki są, jak słusznie podkreśla *O. Mayer,* wyjątkowo ciężkie, i zastosowanie nakłucia lędźwiowego lub podpotylicznego może być bardzo niebezpieczne.

Nadprodukcję płynu m.-r. możemy osiągnąć również przez zastój żylny głowy wdł. *Biera,* przez dożylne zastosowanie hypotonicznego roztworu (0,2%) soli kuchennej *(Weed),* lub dordzeniowym wprowadzeniem hypertonicznych roztworów. Należy jednak zaznaczyć, że dwie ostatnie metody przedstawiają pewne niebezpieczeństwa, dożylne bowiem wprowadzenie hypotonicznego roztworu spowodować może hemolizę, natomiast zbyt stężony roztwór, zastosowany dordzeniowo, grozi wytworzeniem się ognisk myelitycznych.

W ostatnich czasach ukazały się w prasie lekarskiej doniesienia o pomyślnych wynikach stosowania w meningitis pur. otogena częstych nakłuć lędźwiowych z następczym wprowadzaniem dordzeniowo acetylenu. Mechanizm działania tego leczenia nie jest dotychczas dokładnie wyjaśniony. Twórca tej metody *Zeller* uważa, że acetylen w stanie jest zadziałać na płyn m.-r. odkażająco. Bardziej jednak realne wydaje się przypuszczenie *O. Mayera* o mechanicznym działaniu gazu na plexus choriodeus — drażnieniu tego splotu, przez co wytwarza się większa ilość płynu m.-r. Poza tym gaz przechodząc długie a wąskie przestrzenie w drodze do komór usuwa zrosty, sklejenia, powstałe wskutek procesu zapalnego, i wpływa pomyślnie na krążenie płynu m.-r.

Zabieg wykonywamy w pozycji siedzącej chorego. Po wypuszczeniu 15 cm³ płynu wprowadzamy bardzo powoli przez igłę około 10 cm³ gazu: w ten sposób wypuszczając uprzednio płyn możemy wprowadzić choremu dordzeniowo 30—40 cm acetylenu na jednym posiedzeniu. *Zeller* spostrzegał po zabiegu lub nawet w czasie jego wykonywania przemijającą zapaść, u dzieci nieraz wymioty. Innych cięższych powikłań nie notuje. Leczenie to stosował on w przypadkach ropnego zapalenia opon pochodzenia urazowego, nosowego i usznego z dobrym wynikiem. Wspomina o czterech wyleczonych przypadkach meningitis rhinogena i trzech przypadkach meningitis otogena.

Jauerneck leczył metodą *Zellera* 25 przypadków zapalenia opon, z których wyzdrowiało 10. Z tych 25 przypadków 17 dotyczyło meningitis pur. otogena, a w tej grupie wyzdrowień było 7. Autor podkreśla, że we wszystkich leczonych tą metodą przypad-

kach płyn m.-r. był mętny, pleocytoza dochodziła do 1500. Tylko u jednego chorego z tej grupy leczenie rozpoczęto wcześnie, gdy pleocytoza w płynie m.-r. nie przekraczała 120. Chory ten szybko wyzdrowiał. Im wcześniej, jego zdaniem, przystąpiono do właściwego leczenia, tym wyniki otrzymane były lepsze. Nie należy wyczekiwać wystąpienia klasycznych objawów zapalenia opon, a przy najlżejszym podejrzeniu wydostać nakłuciem lędźwiowym za pomocą włosowatej igły kilka kropel płynu m.-r., by badaniem laboratoryjnym stwierdzić stan opon. Wyniki otrzymane przez *Jauernecka* znacznie poprawiają statystyki *Stewarta* i *Neumanna,* podnosząc liczbę wyzdrowień do 41%.

O. Mayer zastosował w jednym przypadku menigitis otogena zamiast acetylenu powietrze, wprowadzając dordzeniowo pewną jego ilość razem z 10% roztworem urotropiny. Chory wyzdrowiał. Drugi przypadek dotyczył 6-cio letniej dziewczynki, u której po zranieniu blaszki sitowej ołówkiem rozwinęło się ropne zapalenie opon mózgowych. Stan był bardzo ciężki, płyn m.-r. mętny, z olbrzymią ilością białych ciałek. Zastosowano leczenie jak w poprzednim przypadku. Po sześciu dniach ciepłota spadła, stan ogólny poprawił się, płyn m.-r. stał się klarowny. Dziecko wyzdrowiało.

Analizując te przypadki *O. Mayer* przychodzi do wniosku, że w obu wyzdrowienie należy przypisać wyłącznie działaniu wprowadzonego dordzeniowo powietrza i 10% urotropiny, jako roztworu hypertonicznego. Powietrze, jego zdaniem, nie tylko może w zupełności zastąpić acetylen, stosowany przez Zellera, lecz ma nad nim znaczną przewagę: acetylen bowiem, będąc łatwo rozpuszczalnym, szybko znika z przestrzeni podpajęczynowej i nie może wypełnić należycie swego przeznaczenia — rozszerzenia tej przestrzeni i ułatwienia krążenia płynu m.-r.

Jauerneck, przytaczając opinję *Mayera,* wypowiada się sam na korzyść stosowania acetylenu. Według niego, powietrze trudniej ulegając wchłanianiu wzmaga ciśnienie wewnątrzczaszkowe i w ten sposób hamuje proces wytwarzania i odnawiania płynu m.-r.

Wyniki uzyskane przez *Zellera, Mayera* i *Jauernecka* są zbyt zachęcające, by przejść nad tą metodą leczenia do porządku dziennego i nie wypróbować jej w pierwszym nadającym się do tego przypadku ropnego zapalenia opon mózgowych. Ciężkość schorzenia i niepewność rokowania z jednej strony, a logiczne uzasadnienie samej metody z drugiej upoważniają nas w zupełności do tego.

W ostatnim roku miałem możność zastosować to leczenie w 3 przypadkach meningitis pur. ac. otogena.

Przypadek 1. Chory K. R. 19 lat. Przed siedmiu laty ropienie z lewego ucha, które trwało przez trzy lata, powodując powstanie przetok za uchem. Ropienie potem przestało choremu dokuczać. Od 5 dni mocne bóle lewego ucha, a od 3 dni bóle głowy, nudności.

Badanie 19 XI 35. wykazuje: t⁰—38⁰, tętno 60, napięte. Stan ogólny ciężki z powodu mocnych bólów głowy w okolicy potylicy. Sztywność karku wyraźna. Kernig dodatni, Gordon obustronnie. Babiński po stronie lewej (niewyraźny). Żywy dermografizm. Samoistny oczopląs I st. w prawo. Język obłożony, suchawy. Ucho lewe: przewód zwężony wskutek opadnięcia górno-tylnej ściany, wydzielina skąpa, tętniąca. Szept — 0, Weber — w stronę prawą. Próba cieplna wykazuje brak pobudliwości błędnika. Stroiki C_3, C_4, C_5 słyszy na to ucho przy zagłuszeniu ucha prawego. Płyn m.-r. mętny, pleocytoza 1336, Pandy, Nonne-Appelt dodatnie, białka 0,825‰, posiew jałowy. Wykonano zabieg doszczętny, który wykazał obecność rozległych zmian kostnych spowodowanych perlakiem. W ropie nieliczne laseczki kwasoodporne. Po operacji stan bardzo ciężki, t⁰ — w granicach 38—39⁰, tętno 60—70. Objawy mózgowe nie cofają się. Zastosowano następnego dnia dordzeniowo 15 cm³ powietrza po wypuszczeniu 30 cm³ płynu m.-r. Dożylnie hemthysal.

Już po 3 dniach bóle głowy mniejsze, sztywność karku również zmniejszyła się. Płyn m.-r. klarowny. Stosowano codziennie upusty płynu m.-r. z następczym wprowadzaniem ok. 20 cm³ powietrza. Po 7 dniach znikł objaw Kerniga i Gordona, a po 9 dniach i bóle głowy. Badanie płynu m.-r. wykazało pleocytozę 150, białka 0,33‰, Pandy i Nonne-Appelt ujemne, posiew jałowy. Chory wyzdrowiał. W ciągu leczenia dokonano 10 nakłuć lędźwiowych i wprowadzono ogółem ok. 110 cm³ powietrza. Raz jeden w końcowym okresie kuracji spostrzegałem powikłania po zabiegu w postaci mocnych bólów głowy w potylicy, które zjawiły się podczas wprowadzania powietrza, by osiągnąć swe maximum po 3 godzinach, oraz wymiotów. Powtórne nakłucie lędźwiowe i wypuszczenie 5 cm³ płynu objawy powyższe przerwało.

Przypadek 2. Chory B. M. 2 l. i 4 m. Matka podaje, że w wieku 2 m. zaczęło ciec z ucha lewego i ropienie trwa dotychczas. Od tygodnia dziecko niespokojne, źle sypia, gorączkuje.

Badanie 4 V 36. wykazuje: t⁰—38,8⁰, tętno 120, miekkie. W uchu lewym opuszczenie tylno-górnej ściany przewodu zewnętrznego, duży ubytek błony bębenkowej, ropienie obfite, bolesność wyrostka sutkowego. W ropie paciorkowiec. Trepanacja epitympalna. W antrum masy perlakowe, ziarnina; zatoka obnażona, wygląda zdrowo, opona środkowego dołu pokryta ziarniną. Tuż przed wypukłością kanału zewnętrznego kość ciemna.

Stan dziecka po operacji nie poprawił się; t⁰—38,5 do 39. Wystąpiła sztywność karku, Kernig, przeczulica skórna. Dziecko chwilami nieprzytomne. Płyn m.-r. o wzmożonym ciśnieniu, mętny, pleocytoza 3075, Pandy, Nonne-Appelt dodatnie, białka 0,66‰. Zastosowano powietrze dordzeniowo w ilości od 4 do 8 cm^3 za każdym razem, przez 9 dni. Stan chorego z każdym dniem pogarszał się, objawy zapalenia opon nie traciły nic z nasilenia, nakłucie lędźwiowe dawało płyn mętny, ropny, o coraz wyższej pleocytozie (6 000—12 900) i większej zawartości białka (0,99—1,65%). Posiewy płynu wypadały przez cały czas ujemnie, dopiero 15. V. wykryto pojedyncze dwoinki Gr- i laseczki Gr-. Tego samego dnia rodzice zabrali dziecko z kliniki w stanie bardzo ciężkim.

Przypadek 3. Chory K. M., 25 lat. Przewlekłe obustronne ropienie ucha ze zniszczeniem błony bębenkowej, cuchnącą wydzieliną, zwłaszcza po stronie lewej; prawe ucho — szept a. c., lewe — mowa zw. a. c. Rinne ujemny obustronnie, Weber w stronę lewą, Schwabach normalny. 28 V 36. wykonano operację doszczętną lewego ucha. Kość sklerotyczna, antrum małe, w jamie bębenkowej resztki kowadełka i trochę ziarniny. Na wzgórku kość ciemnawa w okolicy przewodu półkolistego zewnętrznego.

Na drugi-trzeci dzień t⁰ — do 37,2, stan ogólny dobry.

Na czwarty dzień niepokój, ból głowy, t⁰ — 37,6. Niedowład górnej gałęzi n. twarzowego lewego. Wymioty.

Piątego dnia t⁰ — 38,5, tętno 80, nieznaczna sztywność karku, Kernig. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mętny. Zastosowano powietrze dordzeniowo i hemthysal dożylnie.

Dnia następnego chory spokojniejszy, bóle głowy mniejsze, nie wymiotuje.

Siódmego dnia od operacji jeszcze raz wpuszczono dordzeniowo 10 cm^3 powietrza i dożylnie 5,0 hemthysalu. Objawy mózgowe powoli zaczęły ustępować, płyn m.-r. stał się klarowniejszy, chory przeszedł w okres rekonwalescencji.

Podane wyżej przypadki należą do jednej grupy — ropnego zapalenia opon powstałego w przebiegu przewlekłego ropienia ucha. W przypadku pierwszym zapalenie opon rozwinęło się w okresie obostrzenia starej sprawy w uchu, to samo dotyczy drugiego chorego, aczkolwiek wyraźne objawy ze strony jamy czaszkowej stwierdzono u niego dopiero po operacji. U trzeciego chorego objawy mózgowe wystąpiły dopiero po zabiegu, gdyż przed tym ogólny jego stan był zupełnie zadawalający. Zabieg okazał się widocznie momentem urazu.

W dwóch pierwszych przypadkach zastosowano leczenie dordzeniowym wprowadzaniem powietrza dość późno, gdy obraz chorobowy był wybitnie zaznaczony, a płyn m.-r. wykazywał cechy rozwiniętego zapalenia opon. Mimo to pierwszy chory wyzdrowiał. U trzeciego chorego przystąpiono do leczenia przy pierwszych objawach zapalenia opon i wynik był szybki — wystarczyło dwukrotne zastosowanie powietrza. U pierwszego i trzeciego chorego jednocześnie stosowano dożylnie hemthysal. Czy środek ten zaważył na wynikach leczenia, nie można orzec na podstawie tych spostrzeżeń. Należy raczej przypuszczać, że decydującą rolę odegrały nakłucia lędźwiowe i wprowadzanie dordzeniowe powietrza.

Résumé.

Wąsowski. Contribution au traitement de la meningite pur. otogène au moyen d'introduction intralombaire de l'air.

L'auteur s'occupe de la question du traitement de la meningite pur. septique otogène par l'introduction intralombaire de l'air. La littérature du sujet n'est pas très riche; c'est pourquoi l'auteur décide de relater trois cas personnels traités par cette méthode dans la clinique de Wilno. Deux malades furent guéris.

Quant au mécanisme de ce traitement l'auteur suppose que 1^0 l'air introduit dans l'espace sous-arachnoïdienne irrite des plexus choroïdes ce qui provoque l'augmentation de liquide céphalo-rachidien 2^0 il facilite de passage du liquide.

Z Zakładu Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.
(Dyrektor: prof. dr Stanisław Ciechanowski).

Dr ADOLF SCHWARZBART.

Otitis media foetalis.

(Referat wygłoszony na Zjeździe otolaryngologicznym w Ciechocinku, dnia 29 czerwca 1936 roku).

Poglądy z drugiej połowy XIX wieku na prawidłową i patologiczną zawartość jamy bębenkowej płodu i noworodka różnią się nietylko od poglądów dzisiejszych, ale odcinały się nawet w czasie ich wypowiadania od zapatrywań panujących wówczas odnośnie do innych dziedzin patologii. *Von Wreden* twierdził w pracy z 1863 r., opartej na zbadaniu 80 narządów usznych, że w 82,5% wypadków przeciętnego materiału sekcyjnego noworodków znajdował w jamie bębenkowej zmiany patologiczne. *Rinecker* sądził nieco odmiennie, że obecność ropy w jamie bębenkowej płodu i noworodka jest zjawiskiem prawidłowym, dodając jednak, że ropa ta przy dłuższym pozostawaniu w jamie bębenkowej, spowodowanym niedość energicznymi ruchami oddechowymi noworodka, może stać się bodźcem do powstania zapalenia. Podobne zdanie wypowiedział jeszcze później wybitny znawca spraw usznych *Zaufal*. Pewne poprawki w tych poglądach wprowadza *Tröltsch*. I on z pośród materiału sekcyjnego dwudziestu pięciu noworodków i osesków, znalazł w 48% wypadków zmiany określane przez niego jako „nieżyt ropny“ (eitriger Catarrh). *Tröltsch* pierwszy, o ile mogłem stwierdzić, zaczął badać drobnowidowo utkanie ściany jamy bębenkowej i opisał histologiczną budowę owej półpłynnej masy, zwanej galaretowatą tkanką płodową ucha środkowego (embryonales Gallertgewebe). Badania te rozszerzył i pogłębił *Wendt* w pracy z 1863 r. pt. „Ueber das Verhalten der Paukenhöhle beim Foetus und beim Neugeborenen“, opartej na materiale 300 płodów i noworodków. Według *Wendta* spotyka się w jamie bębenkowej tych okresów kilka typów utkania: 1. Komórki wrzecionowate i gwiazdkowate, złączone ze sobą wypustkami i rozmieszczone zrzadka w nader miękkiej półpłynnej masie substancji międzykomórkowej, bezpostaciowej, 2. Komórki wrzecionowate przeważają nad gwiazdkowatymi. Substancja międzykomórkowa przedstawia się jak pod 1), lecz znajduje się w znacz-

nie mniejszej ilości. Ten typ utkania utrzymuje się w małych rozmiarach jeszcze dłuższy czas po urodzeniu dziecka i jest — według Wendta — dojrzalszym stadium typu 1). 3. Utkanie przedstawia sieć zbudowaną z delikatnych beleczek i nitek (feine Balken und Fibrillen). W punktach węzłowych znajdują się twory jądrzaste. W okach sieci, rozległych i dość równomiernie okrągławych, stwierdza się wielkie kuliste komórki. Utkanie tego typu spotyka się bardzo często zarówno u płodów przedwczesnych jak i donoszonych, zarówno martwo jak i żywo urodzonych. 4. Czwartym typem jest zwykła tkanka łączna. W typie tym rozróżnia autor dwie odmiany: a) tkankę okostną o włóknach dobrze wykształconych i równolegle do kości ułożonych i b) tkankę podnabłonkową, która powyższych cech nie posiada. Jedynie ta druga jest genetycznie związana z typami 1, 2 i 3, jako końcowy ich etap rozwojowy. Ważną zdobyczą badań Wendta jest obok ustalenia histologii obrazu prawidłowej tkanki embrionalnej ucha środkowego stwierdzenie, iż „tkanka galaretowata" nie leży luźno, jak dotąd przyjmowano, lecz że jest ona rozmieszczona p o d n a b ł o n k o w o. Nabłonek ten, według Wendta, jest przeważnie wałeczkowaty — o różnej wysokości w różnych okolicach — i pokryty migawkami, po części przypomina kształtem komórek zaokrąglone kostki. Wreszcie spotykał ten autor niekiedy obraz wśródtkankowych wylewów krwawych, które tłumaczył już to przekrwieniem żylnym wskutek duszenia się płodu, już to uciskiem na główkę w okresie porodu. Objawów „rozpadu tkanki galaretowatej", którym to pojęciem posługiwali się wcześniejsi autorowie, Wendt nigdy nie spostrzegał, a opisywane fazy odnosi do wchłaniania się wody z substancji międzykomórkowej z następowym zbliżaniem się komórek, jako też do postępującej przemiany bezpostaciowej substancji międzykomórkowej w tkankę łączną włóknistą. O b r a z y o p i s a n e p r z e z W e n d t a n a l e ż y p r z y j ą ć j a k o p o d s t a w ę d o o k r e ś l e n i a n o r m y w o b r a z i e h i s t o l o g i c z n y m ś c i a n y j a m y b ę b e n k o w e j p ł o d u. Aczkolwiek bowiem prace jego są czasowo dość od nas odległe, to w dostępnych mi publikacjach późniejszych nie spotkałem nigdzie opisów, ani reprodukcyj rzucających zasadniczo nowe światło na to zagadnienie. I tak badacze późniejsi, jak *Goerke, Rietschel, Preysing* a zwłaszcza *Wittmaack* w swojej głównej pracy o prawidłowej i patologicznej pneumatyzacji kości skroniowej z r. 1918 opierają się na gruntownej i nawskroś nowocze-

snej ewolucji poglądów na sprawy zapalenia, wyrażonych w pracach *Aschoffa, Lubarscha* i innych. Badacze ci obalają ostatecznie szereg przestarzałych zapatrywań, jak np. pogląd na „kollikwację ropną jako proces fizjologiczny, toczący się w jamie bębenkowej płodu. Autorzy ci, — a także Wittmaack, który zbadał seryjnie 300 kości skroniowych, a wśród nich i szereg płodowych, — nie wypowiadają jednak nigdzie uwag, rozszerzających krąg naszych wiadomości o histologicznym obrazie prawidłowej ściany jamy bębenkowej płodu. Niema powodu do powątpiewania a priori, że w jamie bębenkowej noworodków a także płodów istnieją możliwości powstawania zmian patologicznych natury zapalnej. Jakkolwiek interpretacje Wendta należą już dziś do historii, udowodnionym jest fakt częstej, a niewątpliwie nieprawidłowej obecności wód płodowych, smółki, vernix caseosa itp. w obrębie jamy bębenkowej płodu. Substancje te mogą się tam znaleźć i być wykazane już w dość wczesnych okresach życia płodowego. Nie przesądzając sprawy mechanizmu tego zjawiska i stopnia słuszności przypuszczenia, jakoby składniki te dostawały się w obręb jamy bębenkowej wskutek przedwczesnych ruchów oddechowych płodu, należy przyjąć jako prawdopodobną koncepcję dawniejszych autorów, iż substancje te siłą faktu swej obecności mogą w jamie bębenkowej dawać powód do aseptycznych procesów zapalnych. Co więcej, istnieją także możliwości wtargnięcia zarazków w obręb ucha środkowego po przez światło pochwy i macicy matki w razie przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, zwłaszcza z okazji zabiegów położniczych. Wreszcie istnieje i trzecia możliwość zakażenia jamy bębenkowej od strony organizmu matki: poprzez łożysko i naczynia pępowiny. Sprawy te jednakże, o ile w ogóle były badane i o ile dotyczą ucha, odnoszą się zaledwie do czasu bezpośrednio poprzedzającego poród, jako tzw. „otitis neonatorum". Obrazy tego rodzaju opisuje Wittmaack jako 1. nacieczenie drobnokomórkowe powierzchownych warstw nabłonka, rozszerzenie naczyń i produkcję wysięku ze zmienną zawartością komórek ropnych przy nierównomiernym zazwyczaj stopniu zmian w różnych odcinkach ucha środkowego; 2. jako szerokie rozprzestrzenienie się nabłonka wałeczkowatego (w miejsce prawidłowo — zdaniem Wittmaacka — znajdującego się niskiego, lub płaskiego); 3. jako zbyt długie przetrwanie a nawet bujanie podnabłonkowej tkanki embrionalnej w postaci przerostu śluzówki i wreszcie 4. jako nowotworzenie się tkanki (Gewebsneubildungen).

Preparat z takiego okresu [1]) przedstawia fig. 1. Preparat ten pochodzi z oseska dwutygodniowego (L. prot. 37 pr. III). Nie tylko w trąbce, ale i w jamie bębenkowej stwierdza się wszędzie nabłonek wałeczkowaty (co według Wittmaacka już samo przez się jest oznaką stanu zapalnego), zaś wśród nabłonka spotyka się liczne komórki kubkowe. Miejscami nabłonek jest silnie zmieniony lub odstający od błony podstawowej. Gdzieniegdzie brak go zupełnie. Śluzówka pod nabłonkiem jest wszędzie zgrubiała, zwłaszcza w jamie bębenkowej, w której obrębie embrionalny charakter utkania śluzówki jest w pełni utrzymany. W śluzówce stwierdza się skupienia drobnokomórkowe; gdzieniegdzie są one zbite; tam, gdzie są mniej znaczne, występuje tym wyraźniej, — o ile chodzi o jamę bębenkową, — charakter galaretowaty śluzówki. Naczynia krwionośne są rozszerzone, w nich znajduje się obfita siatka włóknika.

Przechodzę do okresu płodowego. Fig. 2 (L. prot. 32 a) przedstawia obraz prawidłowy jamy bębenkowej w okolicy kosteczek słuchowych u płodu z 9 miesiąca księżycowego. Nabłonek jest płaski, jednowarstwowy. Pod nim bardzo wiotka tkanka galaretowata, złożona z rozrzuconych zrzadka komórek wrzecionowatych i gwiazdkowatych i — bardzo słabo chwytającej eozynę — substancji międzykomórkowei. Wśród komórek zdarza się tu i ówdzie komórka z większym jądrem okrągłym, zgodnie z punktem 3. opisu Wendta, podanego powyżej. Tkanka łączna w miarę zbliżania się do kości, staje się stopniowo bardziej zbita, jądra wraz z protoplazmą i substancją międzykomórkową, przybierając charakter włóknisty, układają się coraz bardziej regularnie i równolegle do kości: mamy przed sobą obraz typowej okostnej.

[1]) Wszystkie preparaty i mikrofotogramy opisane w niniejszej pracy pochodzą z większego zbioru (100) kości skroniowych ludzkich i zwierzęcych, które poddałem seryjnemu badaniu dla innych celów i pod innym kątem widzenia. W zbiorze tym znalazło się także 22 kości skroniowych płodów ludzkich między 6. a 10. miesiącem księżycowym. W kilku z nich zauważyłem zmiany, które spowodowały mnie do niniejszej publikacji. Mimo, iż — jak to później wyjaśnię — szczegółowe badanie cytologiczne na tym materiale nie było możliwe, to przecież cechy patologiczne przedstawionych tu obrazów nie mogą podlegać zakwestionowaniu. Wynika to nietylko z ogólnie ustalonego poglądu na obrazy prawidłowe ucha środkowego płodu, jak to powyżej przedstawiłem, lecz także zarówno z całego materiału kontrolnego pozostałych, a nie przedstawionych tutaj preparatów, jak też z jednego w tej pracy przytoczonego obrazu stanu prawidłowego (fig. 3). Obrazy takie mógłbym dowolnie pomnożyć i tylko ze względów technicznych ilość ich ograniczyłem.

Preparat następny (L prot. 42 pr. I) pochodzi z ściany jamy bębenkowej płodu z siódmego miesiąca księżycowego. Okazuje on na ogół prawidłowe utkanie. W poszczególnych miejscach (fig. 3) stwierdza się jednak miernie gęste skupienia drobnokomórkowe w powierzchownych warstwach śluzówki. Tam, gdzie skupienia te są rzadsze, prześwieca utkanie prawidłowe embrionalnej śluzówki, z komórkami gwiazdkowatymi o długich gdzieniegdzie wypustkach, czyli typowe utkanie tkanki galaretowatej. W innych



Fig. 1
(L. prot. 37 pr III). (Obj. 8 mm, Homal II, wyciąg 70 cm).
Naciek drobnokomórkowy w ścianie jamy bębenkowej oseska w wieku 2 tygodni. Nabłonek wałeczkowaty silnie zmieniony. W rozszerzonych naczyniach siatka włóknika.
Infiltration microcellulaire dans la paroi de la cavité du tympan d'un nourisson de 2 semaines. L'épithelium cylindrique simple est profondément changé. Dans les vaisseaux dilatés se trouve un reticulum fibrineux.

miejscach skupienia komórkowe przesłaniają zupełnie tkankę macierzystą. Naczynia krwionośne są cienkościenne, uderzająco liczne i szerokie. Nabłonek jest w licznych miejscach złuszczony. Tam, gdzie się utrzymał, jest on wysoki, kostkowy. Blisko kości

tkanka przybiera charakter okostnej, podobnie jak w poprzednim preparacie.

Podobny obraz znajdujemy w preparacie L. prot. 9 II (fig. 4). Pochodzi on również z ściany jamy bębenkowej płodu z 8 miesiąca. I tutaj stwierdzamy nieprawidłowe skupienia komórek



Fig. 2

(L. prot. 32 a). (Obj. 8 mm, Homal II, wyciąg 70 cm). Prawidłowa śluzówka jamy bębenkowej płodu ludzkiego z IX mies. księżycowego. Tkanka galaretowata z rozrzuconymi zrzadka komórkami wrzecionowatymi i gwiazdkowatymi. Tkanka międzykomórkowa bezpostaciowa. Nabłonek płaski.

Muqueuse normale de la cavité tympanique d'un foetus humain de IX mois. Tissu conjonctif embryonnaire, indifférencié, avec des cellules en fuseau ou étoilées, anastomosées entre elles. La substance fondamentale sans aucune structure. L'épithélium aplati.

w śluzówce. Różnica w stosunku do preparatu poprzedniego polega 1. na pewnej wielokształtności komórek w skupieniach, które są już to okrągłe, już to bardziej wydłużone, 2. na mniejszej ilości naczyń i 3. na braku zróżniczkowania tkanki sąsiadującej z kością, która i tutaj przedstawia obraz tkanki wiotkiej. Co do roz-

miarów zmian, to kończą się one dość ostro przy przejściu na trąbkę chrząstkową, której obraz histologiczny jest zupełnie prawidłowy. W poprzednim natomiast preparacie (fig. 2) skupienia drobnokomórkowe sięgają bez ostrej granicy w obręb śluzówki trąbki chrząstkowej.

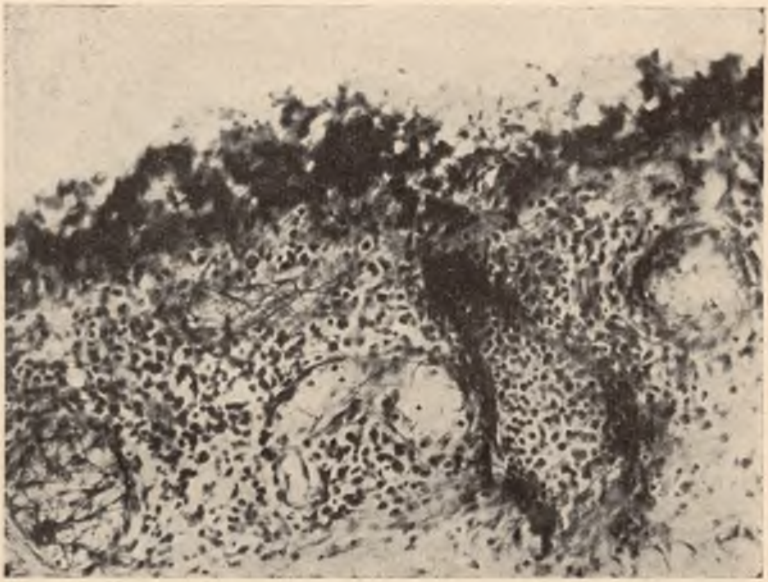


Fig. 3
(L. prot. 42 pr. I). (Obj. 8 mm, Homal II, wyciąg 70 cm). Nacick drobnokomórkowy w ścianie jamy bębenkowej płodu ludzkiego z VII mies. księżycowego. Prześwieca prawidłowe utkanie. Liczne naczynia, poprzecznie i skośnie przecięte. Kontury kostkowego nabłonka z powodu większej grubości skrawka nieco zatarte.

Infiltration microcellulaire dans la paroi de la cavité du tympan d'un foetus humain de VII mois. Une disposition normale d'éléments de structure transparait. Nombreux vaisseaux coupés transversalement et obliquement. Les limites cellulaires de l'épithélium cubique ne sont pas tout à fait nettes à cause de l'épaisseur du coupe.

Ostatni preparat, który tu omówię (L. prot. 35 pr. I) pochodzi z okresu jeszcze wcześniejszego, bo z 6 miesiąca księżycowego. Zmiany w preparacie tym są bardzo znaczne. Rozpoczynają się one w obrębie trąbki chrząstkowej. Tam (fig. 5) stwierdza się zbite

skupienia drobno-okrągłokomórkowe. Fig. 5 przedstawia mikrofotografię okolicy kosteczek słuchowych, rozmieszczonych jeszcze po części w głębi ściany jamy bębenkowej, znajdującej się dopiero w początkowym okresie pneumatyzacji. Skupienia komórkowe przesłaniają zupełnie prawidłową budowę ściany. Nabłonków nigdzie w tej części preparatu nie widać. Fig. 6 przedstawia tę samą okolicę pod mniejszym powiększeniem. Skupienia występu-



Fig. 4
(L. prot. 9 II). (Obj. 8 mm, Homal II, wyciąg 112 cm). Nieznaczny naciek drobnokomórkowy w ścianie jamy bębenkowej płodu ludzkiego z VII mies. księżycowego. Silnie uwydatnia się jeszcze prawidłowe utkanie śluzówki z komórkami gwiazdkowatymi. Nabłonek kostkowy.
Petite infiltration microcellulaire dans la paroi de la cavité tympanique d'un foetus de VII mois. La structure de la muqueuse reste à peu près normale avec des cellules étoilées. Épithélium cubique.

ją w miejscu największego natężenia, jako twory grzybiaste, wypuklające się do światła jamy bębenkowej.

Przystępując do interpretacji opisanych obrazów, wypada stwierdzić, że na zasadzie istniejących do obecnej doby opisów histologicznych utkania prawidłowego ścian jamy bębenkowej

(i trąbki) płodowej obrazów tych niepodobna określić jako prawidłowe, nawet przy najszerszym uwzględnieniu dokonujących się u płodu przemian tkanki embrionalnej w dojrzałą. Jeśli zaś chodzi o niektóre z tych obrazów, jak fig. 5 i fig. 6, to opierając się na analogii z obrazami z życia pozapłodowego, trzeba je uznać za typowe nacieki zapalne. Powstaje pytanie, jak przedstawia się w nauce doby obecnej w ogóle, sprawa zapaleń okresów płodo-

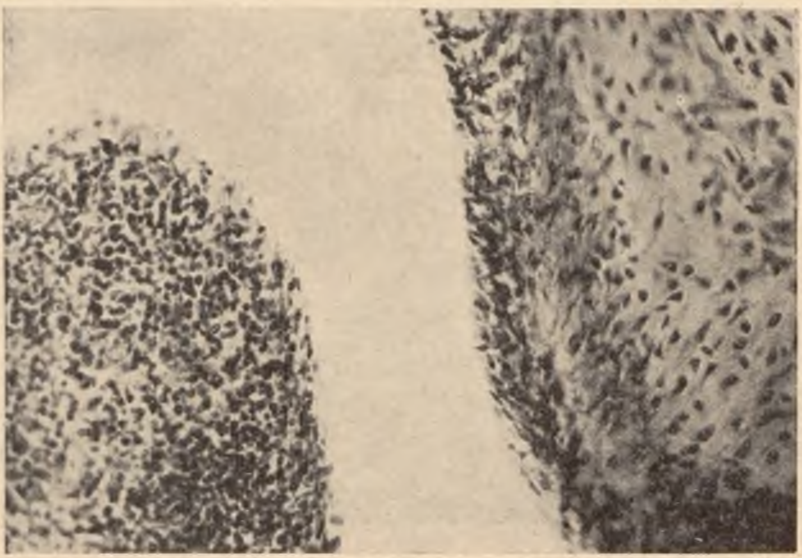


Fig. 5
(L. prot. 35. pr. I). Obj. 8 mm, Homal II, wyciąg 68,6 cm). Gęsty naciek drobnokomórkowy w ścianie jamy bębenkowej płodu ludzkiego z VI mies. księżycowego (na lewo). Obok (na prawo) młoteczek, również naciekły. Nabłonka ani śladu.
Infiltration microcellulaire considérable dans la paroi de la cavité tympanique d'un foetus humain de VI mois (à gauche). A droite le malleus infiltré. L'épithélium détruit.

wych i co dotąd wiadomo o sprawach zapalnych ucha środkowego płodów. Na ogół dane histologiczne odnośnie do tego przedmiotu są dość niedawne, gdyż najwcześniejsze prace eksperymentalne pochodzą z lat dwudziestych b. w., najwcześniejsze prace nad stanami zapalnymi u płodów ludzkich datują się z r. 1928, zaś o stanach zapalnych ucha środkowego płodów ludzkich czy nawet zwierzęcych żadnych danych w piśmiennictwie mi dostępnym nie

spotkałem, jak to już w szkicu historycznym na wstępie zauważono. Wreszcie należy stwierdzić, że prace nad tym przedmiotem w ogólności są bardzo nieliczne.

Podług *Rösslego* niezróżniczkowana tkanka zarodkowa jest w odniesieniu do bodźców zapalnych anergiczna. Prawdziwe za-



Fig. 6

(L. prot. 35 pr. I). (Zeiss Planar. 7,5, wyciąg 112 cm). Przekrój przez światło jamy bębenkowej płodu z VI mies. księżycowego w początkach pneumatyzacji. Młoteczek ukryty jeszcze w ścianie. I tu widać drobnokomórkowe nacieczenie. Grzybiaste wypuklenie ściany poniżej młoteczka odpowiada poprzedniej mikrofotografji Nr. 5. Górny kontur preparatu odpowiada skórze w okolicy ucha zewnętrznego.

Le coupe de la lumière de la cavité tympanique d'un foetus de VI mois, au commencement de la pneumatisation. Le malleus est caché encore dans la paroi. Les infiltrations microcellulaires sont ici à observer. l'excavation de la paroi répond à microphot. fig. 5. Les limites supérieurs de la figure renferment la peau dans la région de l'oreille externe.

palenie, zdaniem tego autora, jest dopiero wówczas możliwe, gdy tkanka miąższowa i międzymiąższowa (Parenchym und Interstitium) rozdzieliły się od siebie tj. gdy wytworzyła się mezoderma.

Dopiero po 6—7 miesiącu można się spodziewać u płodu ludzkiego granulocytów, a dopiero pod koniec ciąży wysięku ropnego. Do 6—7 miesiąca istnieją warunki biologiczne jedynie do odczynu histiocytowego tj. do odczynu wyłącznego w obrębie znajdujących się w miejscu zadrażnienia składników morfotycznych układu śródbłonkowo-siateczkowego, aczkolwiek układ krwionośny jest w tym czasie już wykształcony.

Badania eskperymentalne *Silberberga*, przeprowadzone na wyosobnionych tkankach wątroby i śledziony królików, dowiodły, że w młodych tkankach jedynym odczynem na zadziałanie olejku krotniowego i terpentyny, wywołujących w analogicznych tkankach dojrzałych typowy odczyn zapalny — jest wędrówka i skupianie się znajdujących się w miejscu zadziałania komórek (erytroblastów, fibroblastów, niekiedy limfocytów itp.) — przy braku zupełnym granulocytów. Dla wczesnych okresów poporodowych wykazują doświadczenia *Beckera* (cyt. z Wohlwill-Bocka) przeprowadzone na psach i doświadczenia *Korscha* na noworodkach króliczych, iż noworodki nie okazują odczynu zapalnego w miejscu szczepienia. Zakotwiczenie (die Verhaftung) zarazków następuje dopiero w układzie siateczkowo-śródbłonkowym po ich uogólnieniu się w ustroju. Również u przedwcześnie urodzonych osesków zauważono brak obrony granulocytowej i niezdolność do właściwego zapalenia bezpośrednio po urodzeniu (Ylppö).

Wedle badań Wohlwilla i Bocka, którzy pracowali nad zmianami zapalnymi w łożysku i pępowinie, do oceny takich odczynów nie wystarcza stwierdzenie zmian miejscowych, lecz trzeba też uwzględnić odczyny w szeregu narządów o przewadze tkanek układu siateczkowo-śródbłonkowego, jak wątroba, śledziona i serce. Wreszcie ważnym jest także dla oceny wynik badań bakteriologicznych. W dalszym ciągu usiłują autorzy na podstawie swych studiów na materiale morskich świnek, prowadzonych przy pomocy wstrzykiwań tuszu, olejku terpentynowego i zarazków, dojść do pewnej syntezy w postaci próby „ontogenezy zapalenia".

Przy próbie zastosowania do naszego materiału wyników naszkicowanych studiów nad sprawami zapalnymi u płodów i przy uwzględnieniu obecnych poglądów na sprawy zapalne w ogóle, — poglądów dzielących sprawy te pod względem histopatologicznym na wysiękowe i rozrostowe (hiperplastyczne) względnie mieszane, — trzeba stwierdzić, że dokładnego określenia cytologicznego charakteru opisanych przeze mnie skupień komórkowych w materiale

tym, — ustalanym w formolu, odwapnianym przez wiele tygodni w kwasie azotowym i przepajanym celoidyną, — mimo usiłowań, czynionych w tym kierunku, nie było można uzyskać. Stosunkowo najlepiej wypadły preparaty barwione hematoksyliną Ehrlicha i eozyną. Dodatkowe badania metodami Weigert-Van Giesona, zielenią metylu i pyroniną, a tym bardziej metodą Giemsy-May-Grünwalda, wymagającą innych sposobów utrwalania i przepajania, nie doprowadziły do żadnych wyników. Również zabrakło nam w naszym materiale sekcyjnym pozostałych kryteriów, wymaganych przez Wohlwilla i Bocka, albowiem spostrzeżenia nasze wyłoniły się dopiero następowo z okazji pracy histologicznej dla innych celów podjętej. Niemniej jednak uznałem za wskazane ogłoszenie swoich spostrzeżeń, a to z następujących względów: 1. badania nad sprawami zapalnymi u płodów są dopiero zapoczątkowane; 2. zachodzi pewna analogia histologiczna między tkanką pępowiny, nad którą pracowali Wohlwill i Bock, a tkanką embrionalną ucha środkowego płodów ludzkich i ssaków w ogóle, co stwarza pewien pomost pomiędzy wynikami badań, uzyskanymi w obu dziedzinach; 3. badania histologiczne nad zmianami zapalnymi w uchu środkowym płodów jakichkolwiek, jak niemniej ludzkich, wedle dostępnego mi piśmiennictwa, dotychczas nie były przeprowadzone, jeśli pominąć makroskopowe spostrzeżenia dawniejszych autorów. Obrazy podane w tej pracy są zatem pierwszymi ogłoszonymi obrazami dotyczącymi sprawy „otitis media foetalis".

Dokładniejsze rozejrzenie się w tym zagadnieniu będzie możliwe przy zastosowaniu innych metod utrwalania, odwapniania i przepajania w celu stworzenia najkorzystniejszych warunków dla różniczkowych badań cytologicznych i przy uwzględnieniu zmian w innych narządach i dodatkowych badaniach bakteriologicznych. Badania nad tym przedmiotem są zdaniem naszym obiecujące nie tylko z punktu widzenia „ontogenezy zapalania" w sensie Wohlwilla i Bocka, lecz także nie pozbawione klinicznego znaczenia ze względu na związek z zagadnieniem dróg zakażenia, zarówno w obrębie organizmu płodu, jak niemniej odnośnie do wzajemnego oddziaływania czynników zakaźnych matki i płodu.

Pani Doc. Dr Kowalczykowej dziękuję za łaskawe wykonanie mikrofotografij do tej pracy.

Piśmiennictwo.

1. *Von Wreden:* Monatschr. f. Ohrenheilkunde 1868.
2. *Rinecker:* Tageblatt d. 44. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte Rostock. 1871.
3. *Zaufal:* Sectionen des Gehörorgans von Neugeborenen und Säuglingen. Oesterr. Jahrb. f. Pädiatrik, T. I, 1870.
4. *M. Wendt:* Über das Verhalten der Paukenhöhle beim Foetus u. beim Neugeborenen. Archiv f. Heilkunde. T. 14, 1873.
5. *Tröltsch:* Pathol. Anat. d. Ohres, Fischer 1883.
6. *Preysing:* Otitis media der Säuglinge, Wiesbaden 1904.
7. *Wittmaack:* Über normale und pathologische Pneumatisation des Schläfenbeins. Fischer 1918.
8. *Ylppö:* Zeitschr. f. Kinderheilkunde. T. 24, R. 1919.
9. *Roessle:* Schweizer med. Wochenschr. T. 53, N. 46, 1923.
10. — Verhandl. d. deutschen pathol. Gesellsch. T. 19.
11. *Silberberg.* Virchows Archiv. T. 270, R. 1928.
12. *Becker:* Zeitschr. f. experim. Med. T. 61, Nr. 5—6, R. 1928.
13. *Korsch:* Virchow's Archiv. T. 274, str. 230, R, 1929.
14. *Wohwill - Bock:* Untersuchungen über Entzündungen der Placenta u. fetale Sepsis. Ziegler's Beiträge, T. 85, R. 1930.
15. *Wohlwill - Bock:* Tierversuche zur Frage der fetalen Entzündung. Virchows Archiv. T. 291, R. 1933.

Résumé.

A. Schwarzbart. Otitis media foetalis.

L'auteur passe en revue l'histoire des recherches sur l'histologie et l'histopathologie de la muqueuse de la cavité du tympan foetale. Von Wreden, Rinecker, Zaufal, Tröltsch, Wendt et Wittmaack sont des auteurs des principaux travaux dans cette domaine. L'aspect normal a été étudié et determiné, surtout dans les travaux de Wendt, tandis qu'on n'est point du tout informé de l'image histopathologique de la muqueuse de la cavité du tympan, surtout en état d'inflammation. Les cas d'inflammation hors de la cavité tympanique ont été décrits dans de travaux récents et pas nombreux, particulièrement dans la placenta et dans le cordon ombilical.

L'auteur a recherché 22 os temporaux des foetus humains de VI—X mois sur les séries des coupes de point de vue histologique et a constaté dans certains la présence d'infiltrations microcellulaires. L'auteur les classifie comme probables lésions inflammatoires et les appelle otitis media foetalis.

Les images microscopiques décrites par l'auteur, réprésentent les coupes provenants de 5 foetus humains et sont illustrés par des 6 microphotos dont une réprésente la muqueuse normale de la cavité du tympan. Les recherches en suite vont caractériser cytologiquement les cellules des infiltrations.

Doc. dr BENEDYKT DYLEWSKI i dr CZESŁAW KRAJEWSKI.

Badania nad wpływem wziewań solanki druskienickiej na ciśnienie krwi i tętno.

Leczenie zapomocą wziewań jest obecnie bardzo rozpowszechnione nie tylko w cierpieniach górnych i dolnych dróg oddechowych, lecz również i w schorzeniach ogólnych ze względu na łatwość podawania w ten sposób pozajelitowo rozmaitych leków, które szybko wchłaniają się do ustroju. W zdrojowiskach leczenie wziewaniami stosuje się masowo.

Racjonalne stosowanie wziewań wymaga dokładnej znajomości działania tego środka leczniczego na ustrój. Rozpowszechnienie zaś leczenia zapomocą wziewań w zdrojowiskach stwarza ponadto konieczność wszechstronnego badania działania wziewań na organizm ludzki w każdym zdrojowisku oddzielnie, gdyż różny skład wód mineralnych wziewanych przez różnego typu aparaty, wysokość położenia zdrojowiska, oraz inne warunki klimatyczne i lecznicze mogą powodować pewne indywidualne różnice w działaniu wziewań w poszczególnych zdrojowiskach. W trakcie naszych badań dowiedzieliśmy się o przeprowadzeniu podobnych badań przez dr Sawicza w Inowrocławiu.

W latach 1934—1936 przeprowadzaliśmy w Druskienikach badania nad wpływem wziewań solankowych na ciśnienie krwi i tętno. Ciśnienie krwi mierzyliśmy w pozycji pionowej chorego zapomocą aparatu Korotkowa (w nielicznych przypadkach mierzyliśmy również zapomocą aparatu rtęciowego, którego wskazania były zgodne z wskazaniami aparatu Korotkowa). Wszystkie kilkakrotne badania u poszczególnych chorych stale przeprowadzała jedna i ta sama osoba. Badania odbywały się w gmachu wziewalni. Kuracjusze przychodzili w godzinach rannych i wziewanie było u nich pierwszym zabiegiem wodoleczniczym. Przed wziewaniem chorzy zwykle czekali w poczekalni na swoją kolejkę, tak że badania odbywały się przy wyrównanym stałym oddechu, ciśnieniu i tętnie. Zmiany ciśnienia i tętna, zależnie od przypadkowych wysiłków fizycznych były w ten sposób wyłączone. Pierwsze badanie odbywało się przed samym wziewaniem, drugie — natychmiast po wziewaniu i trzecie — po półgodzinnym odpoczynku. Badania

te przeprowadzaliśmy wielokrotnie w ciągu całego kursu wziewań, który trwał zwykle 2—3 tygodni. Nie wszyscy jednak kuracjusze stale zgłaszali się na powtórne badania. Badania przeprowadziliśmy u 140 osób obojga płci w wieku od 13 do 76 lat. Wszystkich pojedyńczych badań ciśnienia i tętna przeprowadziliśmy 910, przeciętnie wypada 6 badań na każdego chorego. Najwyższą liczbą wziewań, po których przeprowadzaliśmy badania u tego samego chorego w ciągu kursu wynosiła 21. Częste badania u tych samych osób pozwalały obserwować zachowanie się ciśnienia i tętna przez czas dłuższy.

Badania nasze przeprowadzaliśmy po różnego rodzaju wziewaniach ogólnych i indywidualnych. W sali wziewań ogólno-solankowych rozpylano 2—3% solankę zapomocą aparatu systemu „Tarn". Jednorazowy seans wziewania w tej sali w większości przypadków trwał ½ godziny. Wpływ tego rodzaju wziewań na ciśnienie i tętno badaliśmy u 52 osób.

Po wziewaniach ogólnych solankowo-aromatycznych (z rozpylaniem prócz solanki jeszcze olejków aromatycznych), badaliśmy tylko trzy osoby i dlatego nie będziemy z tego działu wyciągali wniosków.

Wziewania indywidualne były dwojakiego rodzaju, z różnych aparatów. I-szy typ — to wziewania o bardzo drobnym, głęboko wdychanym, łagodnym strumieniu rozpylanej solanki zapomocą aparatu systemu „Inhabad". Badania po tego rodzaju wziewaniach przeprowadziliśmy u 45 osób.

Inny rodzaj wziewań indywidualnych stanowiły wziewania o silnym, grubo rozpylonym strumieniu solanki, działającym również mechanicznie masująco na błonę śluzową, wywołując niekiedy odruchy dławienia i nawet wymiotne. Rozpylania tego rodzaju przeprowadzaliśmy zapomocą specjalnego aparatu, skonstruowanego przez jednego z nas (Dylewski) i wprowadzonego w Druskienikach w 1932 roku pod nazwą aparatu druskienickiego, jako modyfikację dotychczasowych aparatów tego typu. Aparat okazał się bardzo praktyczny i łatwy w użyciu. Od szeregu lat aparat ten jest czynny w Klinice uszno-gardlanej U. S. B. a następnie zastąpił dawne aparaty o silnym rozpylaniu systemu prof. *Herynga* w Ciechocinku, i o ile mnie wiadomo, również i w Inowrocławiu. Podczas wszystkich wziewań indywidualnych rozpylano 1% solankę t—35—37° C. Seans wziewania indywidualnego trwał przeciętnie 10 minut (5 minut przez nos i 5 minut — przez gardło).

Wziewania ogólno-solankowe.

Liczba badanych osób — 45, u których przeprowadziliśmy badania ciśnienia i tętna przed i po 106 wziewaniach. Niżej podana tablica wykazuje zmiany ciśnienia i tętna natychmiast po wziewaniu.

Wzmożenie		Przyśpieszenie	Obniżenie		Zwolnienie	Bez zmian		
mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno
11,3 %	26,4 %	24,5 %	57,5 %	34,9 %	15 %	27,3 %	40 %	60,3 %

Maksymalne ciśnienie krwi, jak widzimy, w 27,3% przypadków pozostało bez zmian„ w 57,5% — obniżyło się i w 11,3% — podniosło się.

Minimalne ciśnienie wykazuje więcej przypadków pozostałych bez zmian (40%) i nieco więcej przypadków podwyższenia ciśnienia. Na ogół zaś ciśnienie krwi, zarówno maksymalne jak i minimalne natychmiast po wziewaniu ogólno-solankowym, o ile nie pozostaje bez zmian znacznie częściej obniża się niż podnosi. Tętno w większości przypadków (60,3%) nie ulega zmianom, w pozostałych przypadkach częściej mamy przyśpieszenie, niż zwolnienie.

Zmiany ciśnienia tętna nie wykazują zależności od stanu ciśnienia i tętna przed wziewaniem, ogólnego stanu zdrowia, ani też od płci i wieku. Nieraz ten sam osobnik wykazuje w różnym czasie badania w ciągu kursu wziewań niejednakowe, rozmaitego charakteru i nasilenia wahania ciśnienia i tętna.

Stopień zmian, zachodzących w ciśnieniu i tętnie natychmiast po wziewaniach ogólno-solankowych przedstawia następująca tablica:

	Podwyższenie		Przyśpieszenie	Obniżenie		Zwolnienie
	mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno
do 5 mm. (lub uderzeń tętna)	4	14	5	26	19	2
5—15	7	13	17	28	15	12
ponad 15	1	1	4	7	2	2

Widzimy, że wahania ciśnienia krwi natychmiast po wziewaniu ogólno-solankowym w nielicznych tylko przypadkach przekracza 15 mm zarówno po stronie podwyższenia, jak i obniżenia. Naj-

częściej różnica waha się od 5—15 mm. Najmniejsza zmiana ciśnienia po wziewaniu wynosiła 2 mm, a największa — 40 mm. Przeciętne wahania tętna również są w granicach od 4—12 uderzeń na minutę.

Zachowanie się ciśnienia i tętna w ½ godziny po wziewaniu ogólnosolankowym.

Wyżej już zaznaczyliśmy, że nie wszyscy kuracjusze regularnie i stale zgłaszali się do powtórnych badań, których liczba była przeto mniejszą od badań piewszorazowych i wynosiła w omawianej obecnie grupie 39 przypadków. W podanej niżej tablicy notowaliśmy dalsze obniżenia i podwyższenia ciśnienia i zmiany tętna w porównaniu ze stanem ciśnienia i tętna, mierzonego natychmiast po wziewaniu.

Podwyższenie		Przyśpieszenie	Obniżenie		Zwolnienie	Bez zmian		
mx.	mm.	tętna	mx.	mm.	tętna	mx.	mm.	tętno
28,2 %	23 %	15,4 %	38,5 %	36 %	41 %	33,3 %	41 %	43,5 %

Widzimy, że w ½ godziny po wziewaniu mamy przeszło 2 razy więcej przypadków podwyższenia ciśnienia maksymalnego krwi w porównaniu ze stanem z przed ½ godziny, mierzonego natychmiast po wziewaniu. Liczba przypadków bez zmian również wyraźnie się zwiększyła (z 27,3% do 33,3%), natomiast wybitnie zmniejszyła się liczba przypadków (z57,5% do 38,5%) dalszego obniżenia maksymalnego ciśnienia krwi, ale wciąż jeszcze góruje ono nad innymi zmianami ciśnienia. Świadczy to o tym, że w ½ godziny po wziewaniu trwa nadal fala dalszego obniżenia maksymalnego ciśnienia krwi, ale w coraz większej liczbie przypadków obniżenie już się kończy i pozostaje na najniższym poziomie, wzmagając liczbowo grupę „bez zmian", albo następuje już wyrównanie obniżonego ciśnienia-podwyższenie do stanu, jaki był przed wziewaniem, przez co zwiększa się grupa podwyższeń. W pewnych przypadkach, w których natychmiast po wziewaniu ciśnienie nie zmieniło się, w ½ godziny po wziewaniu zauważyliśmy obniżenie ciśnienia, co dowodzi, że i w tych przypadkach wziewania obniżają ciśnienie, ale nie odrazu, a po pewnym czasie. Podobnych przypadków mieliśmy 4 (na 39), które jeszcze bardziej powiększają

pierwotną liczbę przypadków, w których ciśnienie po wziewaniach obniża się. Pierwotna liczba przypadków „bez zmian" zmniejsza się więc po wziewaniach ogólno-solankowych o 10%, (z 27,3% na 17,3%).

Wyrównanie obniżonego ciśnienia w większości przypadków nie przekracza stanu ciśnienia przed wziewaniem, w niektórych jednak przypadkach wyrównujące się po wziewaniu ciśnienie może stać się wyższym, niż było przed wziewaniem jak to ilustrują podane przykłady:

Badanie N 91. Mężczyzna 29 lat.

	Przed wziewaniem	Natychmiast po wziewaniu	W 1/2 godzinie po wziewaniu
mx. (maksymalne) . .	110	100	120
mm. (minimalne) . .	70	80	70
tętno	84	84	72 uderzenia

Badanie N 95. Mężczyzna 19 lat.

mx.	110	105	115
mm.	75	70	70
tętno	72	72	74

O podobnych przypadkach należy pamiętać przy zapisywaniu wziewań chorym z wysokim ciśnieniem krwi.

Wziewania ogólno-solankowe brało 5 osób starszych w wieku powyżej 50 lat, wśród których 3 osoby miały ciśnienie podwyższone (od 180 mm do 250 mm) i 2 osoby — normalne. W przypadkach z podwyższonym ciśnieniem u dwóch 76-letnich starców z pierwotnym ciśnieniem mx. 180 mm., wziewania ogólne wywoływały obniżenie maksymalnego ciśnienia o 10—15 mm., w jednym zaś przypadku u 55-letniego mężczyzny z pierwotnym przed wziewaniem ciśnieniem 250 mm. każde wziewanie powodowało dość znaczne podwyższenie ciśnienia, dochodzące do 40 mm. U dwóch chorych z normalnym ciśnieniem (63 i 70 lat) w jednym przypadku ciśnienie po wziewaniach pozostało bez zmian, a w drugim — podniosło się z tym, żeby po kilku wziewaniach obniżyć się.

Z powyższych przykładów dochodzimy do wniosku, że wziewania ogólno-solankowe u osób starszych również przeważnie obniżają ciśnienie, ale może być też i podniesienie ciśnienia, co zmuszać powinno lekarza do wielkiej ostrożności w zapisywaniu wziewań ogólno-solankowych osobom starszym, zwłaszcza z nadciśnieniem.

Ciśnienie minimalne w ½ godz. po wziewaniu zmienia się tylko nieznacznie w porównaniu ze stanem ciśnienia natychmiast po wziewaniu. Nieco (o 3,4%) zmniejszyła się tylko liczba przypadków wzmożenia ciśnienia, tworząc stosunek procentowy, odpowiadający mniej więcej stanowi ciśnienia maksymalnego w tym samym czasie. Ciśnienie maksymalne, jak widzieliśmy, pod wpływem wziewań wykazuje większą chwiejność niż minimalne, zwłaszcza w kierunku obniżenia, które jednak w wielu przypadkach jest krótkotrwałe i szybko wyrównuje się, idąc dalej równolegle do ciśnienia minimalnego zarówno po wziewaniach pojedyńczych, jak też i w ciągu całego kursu wziewań.

Stopień wahań ciśnienia minimalnego jak i ciśnienia maksymalnego leży w granicach od 5 mm. do 15 mm. Tętno po wziewaniach ogólno-solankowych najmniej zmienia się. Natychmiast po wziewaniu w 60,3% nie wykazuje żadnych zmian, w pozostałych przypadkach częściej przyśpiesza się (24,5%) niż zwalnia się (15%). Przyśpieszenie tętna jednak w wielu przypadkach jest chwilowe (podobnie jak i obniżenie mx. ciśnienia) i szybko wyrównywa się. W wielu innych przypadkach tętno nie zmienione natychmiast po wziewaniu zaczyna zwalniać się po pewnym czasie, tak że w ½ godziny po wziewaniu i później poza przypadkami pozostałymi bez zmian, liczbowo górują przypadki dalszego zwolnienia tętna.

Stopień zwolnienia i przyśpieszenia tętna po wziewaniach ogólno-solankowych najczęściej waha się w granicach od 8 do 12 uderzeń na minutę.

Rozpatrywanie zachowania się tętna w ciągu całego kursu wziewań doprowadza do przekonania, że zwolnienie, a zwłaszcza przyśpieszenie tętna występuje jako przypadkowa reakcja po pojedyńczych wziewaniach. która szybko wyrównywa się, tak że chory przez cały czas trwania kursu wziewań zachowuje normalne tętno, jak i przed wziewaniem. Drugim z kolei typowym zachowaniem się tętna jest stałe utrzymywanie się zwolnienia tętna przez cały czas wziewań i najrzadziej mamy przypadki stałego przyśpieszenia tętna.

Wziewania indywidualne z aparatów druskienickich.

Liczba badanych osób — 40, u których przeprowadzono badania 152 razy.

Zmiany ciśnienia i tętna natychmiast po wziewaniu

Wzmożenie		Przyśpieszenie	Obniżenie		Zwolnienie	Bez zmian		
mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno
31,5 %	34,2 %	34,8 %	52 %	29 %	38,1 %	16,4 %	36,1 %	26,9 %

Widzimy, że wziewania indywidualne z aparatu druskienickiego wywierają bardzo duży wpływ na ciśnienie, zwłaszcza maksymalne. Tylko 16,4% (na 152) badanych przypadków ciśnienie nie uległo zmianom natychmiast po wziewaniu, w 52% wystąpiło obniżenie, a w 31,5% — podwyższenie maksymalnego ciśnienia.

Stopień zmian w ciśnieniu zarówno maksymalnym jak i minimalnym po wziewaniach z aparatów druskienickich podobnie jak i po wziewaniach ogólno-solankowych waha się w granicach od 5 do 12 mm. Najmniejsze wahanie wynosiło 2 mm., a najwyższe — 35 mm.

Minimalne ciśnienie, o ile nie pozostaje bez zmian (36,1%), to częściej podwyższa się (34,2%), niż obniża się (29%).

Zmiany ciśnienia i tętna w 1/2 godz. po wziewaniu

Wzmożenie		Przyśpieszenie	Obniżenie		Zwolnienie	Bez zmian		
mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno
39,6 %	24,7 %	26,4 %	37,7 %	39,6 %	39,6 %	22,6 %	35,8 %	34 %

Duża liczba przypadków obniżenia maksymalnego ciśnienia natychmiast po wziewaniu znacznie zmalała (z 52% do 37,7%) po upływie ½ godziny na korzyść rubryk: „wzmożenie“ i „bez zmian“.

Świadczy to o tym, że ½ godziny po wziewaniu trwająca nadal fala obniżeń ciśnienia zaczyna już słabnąć. W wielu przypadkach ciśnienie pozostaje bez zmian w stanie maksymalnego obniżenia, w innych znowu, podwyższając się wraca do normy. Ważnym faktem jest okoliczność, że w ½ godziny po wziewaniu zaszłe w większości przypadków zmiany trwają nadal. W niektórych przypadkach obniżenie lub podwyższenie ciśnienia utrzymuje się jeszcze następnego dnia, by potem, pomimo dalszych wzie-

wań stopniowo wrócić do dawnego poziomu, jak to wskazują przytoczone niżej przykłady:

Badanie N 99—103.

	przed wziew.	natychm. po wziew.	w ½ godz. po wziew.
29. VII.			
mx.	130	120	115
mm.	75	80	80
tętno	88	88	84
30. VII.			
mx.	120	130	130
mm.	80	80	80
tętno	80	84	84
31. VII.			
mx.	125	120	120
mm.	70	70	80
tętno	84	84	80

	przed wziew.	natychm. po wziew.	w ½ godz. po wziew.
1. VIII.			
mx.	130	125	
mm.	85	85	
tętno	92	100	
2. VIII.			
mx.	130	130	116
mm.	80	75	65
tętno	84	84	84

Badanie N 104—108.

29. VII.			
mx.	110	130	115
mm.	80	90	85
tętno	108	108	92
30. VII.			
mx.	120	105	115
mm.	75	80	75
tętno	108	100	92
31. VII.			
mx.	105	100	105
mm.	75	80	75
tętno	104	96	96

1. VIII.			
mx.	115	120	115
mm.	80	75	75
tętno	108	84	92
2. VIII.			
mx.	110	105	95
mm.	70	75	75
tętno	84	100	108

W wielu przypadkach obniżone lub podwyższone po wziewaniach ciśnienie utrzymuje się w tym stanie przez cały czas trwania całego kursu wziewań i nawet niekiedy parę tygodni dłużej. Dłuższej obserwacji naszych chorych nie mogliśmy przeprowadzać ze względu na sezonowy charakter leczenia w zdrojowisku. Po wziewaniach z aparatów druskienickich, jak i w poprzedniej grupie wziewań notowaliśmy często przypadkowe podnoszenia się i obniżenia ciśnienia i tętna, nieraz u tego samego osobnika nie odpowiadające ustalonemu sposobowi reagowania danego pacjenta na wziewania.

Zachowanie się ciśnienia i tętna po wziewaniach druskienickich u osób starszych, oraz w przypadkach nadciśnienia przdstawia następująca tablica:

Badania NN 30—32. Mężczyzna 55 lat.

	przed wziew.	natychm. po wziew.	w ½ godz. po wziew.
12. VI.			
mx.	250	270	
mm.	140	135	
tętno	80	84	
14. VI.			
mx.	260	250	
mm.	130	130	
tętno	84	90	
17. VI.			
mx.	290	270	
mm.	150	150	
tętno	84	84	

Badania NN 50—54. Mężczyzna 56 lat.

	przed wziew.	natychm. po wziew.	w ½ godz. po wziew.
25. VIII.			
mx.	135	170	
mm.	70	70	
tętno	100	88	
26. VIII.			
mx.	130	130	
mm.	75	70	
tętno	80	76	
27. VIII.			
mx.	130	125	
mm.	75	80	
tętno	88	76	
29. VIII.			
mx.	130	130	
mm.	70	70	
tętno	80	76	
6. IX.			
mx.	135	130	
mm.	80	85	
tętno	72	76	

Badania NN 133—137. Mężczyzna 35 lat.

	przed wziew.	natychm. po wziew.	w ½ godz. po wziew.
13. VIII.			
mx.	150	165	155
mm.	100	110	100
tętno	80	76	92
16. VIII.			
mx.	145	155	
mm.	95	100	
tętno	76	80	
17. VIII.			
mx.	145	145	
mm.	95	95	
tętno	84	100	
18. VIII.			
mx.	160	180	
mm.	100	110	
tętno	96	90	
19. VIII.			
mx.	165	150	
mm.	90	90	
tętno	100	96	

Widzimy, że w pierwszym przypadku u osobnika starszego z wysokim ciśnieniem (250 mm) wziewania z aparatu druskienickiego jeszcze bardziej wzmogło ciśnienie na dłuższy okres czasu.

W 2-gim przypadku, również u osobnika starszego ciśnienie na ogół pozostało bez zmian, ale po pierwszym wziewaniu było jednorazowe podwyższenie ciśnienia o 35 mm. W 3-cim przypadku u osobnika młodego ze wzmożonym ciśnieniem natychmiast po wziewaniach wielokrotnie notowano podwyższenie ciśnienia. Powyższe przypadki wskazują, że silne wziewania o grubym rozpyleniu strumienia solanki na ogół nie są wskazane u osób starszych oraz w przypadkach nadciśnienia.

Minimalne ciśnienie w ½ godz. po wziewaniach z aparatu druskienickiego wykazuje, jak widzieliśmy na tablicy, zmniejszenie liczby dalszych przypadków podwyższeń na korzyść grupy obniżeń przy prawie jednakowym stanie grupy „bez zmian“. Z tego wynika, że i tu, podobnie jak i w ciśnieniu maksymalnym, zmiany zaszłe natychmiast po wziewaniu w większości przypadków trwają nadal, ale zaczynają już się wyrównywać, przy czym podwyższone ciśnienie prędzej wraca do normy niż obniżone. Na ogół więc ciśnienia maksymalne i minimalne idą, mniej więcej, w parze.

Zachowanie się tętna w ½ godz. po wziewaniach druskienickich wykazuje, że fala dalszego zwolnienia tętna trwa nadal, przyśpieszenie zaś tętna zaczyna się wyrównywać.

Wziewania indywidualne z aparatu „Inhabad“.

Liczba badanych osób — 45, u których przeprowadzono badania 130 razy.

Zmiany ciśnienia i tętna natychmiast po wziewaniu.

Wzmożenie		Przyśpieszenie	Obniżenie		Zwolnienie	Bez zmian		
mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno
26,1 %	26,1 %	20 %	44,6 %	35,3 %	37,8 %	29,2 %	38,4 %	42,3 %

Widzimy, że natychmiast po wziewaniu z aparatów „Inhabad“ ciśnienie maksymalne ulega dużym zmianom. Najwięcej mamy przypadków obniżenia ciśnienia (44,6%), dalej najliczniejszą jest grupa „bez zmian“ (29,2%). Podwyższenie ciśnienia maksymalnego zanotowano w 26,1%.

Ciśnienie minimalne ulega wahaniom tego samego rodzaju, ale nieco w mniejszym stopniu, przy czym ciśnienie minimlane

wykazuje więcej przypadków pozostałych po wziewaniu bez zmian.

Tętno wykazuje zmiany podobne do ciśnienia minimalnego, to znaczy, że najczęściej pozostaje po wziewaniu bez zmian (42,3%), rzadziej notowano zwolnienie tętna (37,8%) i najmniej mieliśmy przypadków przyśpieszenia (20%).

Zachowanie się ciśnienia i tętna w 1/2 godz. po wziewaniu z aparatów „Inhabad".

Wzmożenie		Przyśpieszenie	Obniżenie		Zwolnienie	Bez zmian		
mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno
42,8 %	39,2 %	25 %	32,1 %	25 %	28,5 %	25 %	37,5 %	46,4 %

W ½ godz. po wziewaniu z aparatów „Inhabad" liczba przypadków dalszego obniżenia ciśnienia maksymalnego znmiejsza się (z 44,6% do 32,1%). Liczba przypadków „bez zmian" również zmniejszyła się z 29,2% do 25%, przybyło zaś znacznie przypadków podwyższenia ciśnienia (z 26,1% do 42,8%). Świadczy o tym, że w ½ godz. po wziewaniu obniżone ciśnienie już się wyrównywa po osiągnięciu szczytu obniżenia, ale fala dalszego obniżenia i podwyższenia jeszcze nie zakończyła się.

Ciśnienie minimalne w tym dziale wziewań zachowuje się prawie identycznie jak i maksymalne. Zmniejszenie liczby przypadków grupy „bez zmian" zarówno w ciśnieniu maksymalnym jak i minimalnym wskazuje, że w części przypadków wahania ciśnienia zaczęły się nie natychmiast po wziewaniu, a nieco później.

Tętno wykazuje zwiększenie liczby przypadków „bez zmian", i nieco grupy przyśpieszenia tętna przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby przypadków dalszego zwolnienia tętna, które zaczyna się wyrównywać.

Obserwacja chorych stosujących wziewania przez czas dłuższy wykazuje, że w większości przypadków podwyższenie, a zwłaszcza obniżenie ciśnienia po wziewaniu utrzymuje się przeważnie najwyżej do 24 godzin, przyczem obniżone ciśnienie trwa dłużej niż podwyższone. W wielu jednak przypadkach zmiany ciśnienia utrzymują się dłużej, przez cały czas trwania kursu wziewań. Po wziewaniach indywidualnych z aparatu „Inhabad" jak i po innych rodzajach wziewań bywają nieraz przypadkowe, pojedyńcze wahania ciśnienia nie odpowiadające stałej tendencji danego osobnika

do obniżenia albo podwyższenia. Niektórzy kuracjusze reagowali rozmaicie na pojedyńcze wziewania — jeden raz, podwyższeniem, innym zaś razem odwrotnie — obniżeniem ciśnienia, lub zwolnieniem tętna.

Wziewania indywidualne z aparatów typu „Inhabad" brało 13 osób starszych w wieku ponad 50 lat, przyczem w 5 przypadkach było wzmożone ciśnienie. Wysokie ciśnienie w tej grupie wziewań mieliśmy również u pacjenta 38-letniego. 7 osób starszych wykazywało przed wziewaniem ciśnienie normalne, które pod wpływem wziewań u czterech osób obniżyło się, a w 3 przypadkach podwyższyło się. W 6 przypadkach wzmożonego ciśnienia cztery osoby wykazywały po wziewaniach z aparatu „Inhabad" obniżenie ciśnienia, a 2 osoby — podwyższenie. Poniżej przytaczamy przypadek obniżenia ciśnienia podczas kursu wziewań kuracjusza 66 lat.

Badania NN 40—57.

	przed wziew.	natychm. po wziew.	w ½ godz. po wziew.
18. VII.			
mx.	175	175	
mm.	90	95	
tętno	96	96	
19. VII.			
mx.	170	175	
mm.	95	100	
tętno	96	96	
20. VII.			
mx.	170	160	
mm.	110	90	
tętno	100	92	
21. VII.			
mx.	175	165	
mm.	95	90	
tętno	92	92	
24. VII.			
mx.	165	165	
mm.	80	75	
tętno	92	100	
1. VIII.			
mx.	170	160	
mm.	95	95	
tętno	96	92	

	przed wziew.	natychm. po wziew.	w ½ godz. po wziew.
25. VII.			
mx.	170	165	
mm.	90	95	
tętno	100	108	
26. VII.			
mx.	160	160	
mm.	90	95	
tętno	96	104	
27. VII.			
mx.	160	165	
mm.	95	100	
tętno	96	96	
28. VII.			
mx.	165	160	
mm.	95	95	
tętno	96	96	
31. VII.			
mx.	165	165	
mm.	95	95	
tętno	104	92	
9. VIII.			
mx.	170	165	
mm.	90	95	
tętno	94	96	

	przed wziew.	natychm. po wziew.	w ½ godz. po wziew.
2. VIII.			
mx.	160	160	
mm.	90	90	
tętno	100	96	
3. VIII.			
mx.	160	175	
mm.	90	90	
tętno	96	96	
4. VIII.			
mx.	160	160	
mm.	90	95	
tętno	92	92	

	przed wziew.	natychm. po wziew.	w ½ godz. po wziew.
10. VIII.			
mx.	160	160	
hh.	95	95	
tętno	96	96	
11. VIII.			
mx.	165	175	170
mm.	85	90	95
tętno	72	84	84
14. VIII.			
mx.	155	160	
mm.	95	95	
tętno	100	100	

W tym przypadku cały kurs wziewań spowodował trwałe obniżenie ciśnienia, aczkolwiek po pojedyńczych wziewaniach były również nieduże podwyższenia.

Widzimy więc, że po wziewaniach indywidualnych z aparatu typu „Inhabad" o łagodnym działaniu drobno rozpylonej solanki u osób starszych zarówno z nadciśnieniem jako też i ciśnieniem normalnym obniżenie ciśnienia występuje częściej niż po innego rodzaju wziewaniach. Podwyższenia zaś ciśnienia, zwłaszcza większe spotyka się stosunkowo rzadko.

Wobec powyższego wziewania tego rodzaju przede wszystkim należy mieć na uwadze przy zapisywaniu wziewań osobom starszym oraz w przypadkach nadciśnienia.

Zestawienie porównawcze

wyników działania na ciśnienie i tętno wszystkich. stosowanych przez nas rodzajów wziewań przedstawia następująca tablica:

Zmiany ciśnienia i tętna natychmiast po wziewaniu

Wziewania	Wzmożenie		Przyśpieszenie	Obniżenie		Zwolnienie	Bez zmian		
	mx.	mm.	tętna	mx.	mm.	tętna	mx.	mm.	tętno
	%		%	%		%	%		
Ogólno-solankowe . .	11,3	26,4	24,5	57,5	34,9	15	27,3	40	60,3
Z aparatu druskienickiego . .	31,5	34,2	34,8	52	29	38,1	16,4	36,1	26,9
Z aparatu „Inhabad" . .	26,1	26,1	20	44,6	35,3	37,8	29,2	38,4	42,3

Widzimy, że wszystkie rodzaje wziewań najsilniej działają na ciśnienie maksymalne, które najrzadziej pozostaje „bez zmian". Nieco słabiej wszystkie wziewania wpływają na ciśnienie minimalne, a najsłabiej na tętno z wyjątkiem wziewań z aparatów druskienickich, które okazały się w naszych badaniach najsilniejszym rodzajem wziewań.

Najbardziej charakterystyczną cechą wszystkich wziewań jest zdolność obniżania ciśnienia, która występuje najczęściej, trwa najdłużej i stanowi specyficzną reakcję ciśnienia na wziewania, gdyż występuje prawie w tym samym stopniu zarówno po najdelikatniejszych wziewaniach ogólno-solankowych, jak i po silnych, bezpośrednio drażniących błonę śluzową z aparatów druskienickich.

Drugim, nieco rzadszym odczynem ciśnienia na wziewania jest wzmożenie ciśnienia, które najprawdopodobniej w dużym stopniu zależy od bezpośredniego drażnienia solanką błony śluzowej dróg oddechowych, zwłaszcza górnych. Im silniejsze jest miejscowe działanie rozpylanej solanki, tym częściej wziewanie wywołuje podwyższenie ciśnienia. Najmniej podnosi ciśnienie łagodne wziewanie ogólno-solankowe (11,3%). Nieco silniej miejscowo działające wziewania indywidualne z aparatu typu „Inhabad" dają przeszło dwa razy więcej przypadków wzmożenia ciśnienia (26,1%), najczęściej zaś wzmożenie ciśnienia wywołuje wziewanie z aparatów druskienickich (31,5%), bardzo rozpowszechnionych i skutecznych w leczeniu schorzeń górnych dróg oddechowych wskutek silnego, mechanicznego masującego działania miejscowo na błony śluzowe. Wziewania indywidualne z aparatów druskienickich wywołują najsilniejszy odczyn również i ze strony tętna, które najrzadziej pozostaje bez zmian i najczęściej przyśpiesza się.

Zmiany ciśnienia i tętna w 1/2 godz. po wziewaniu

Wziewania	Wzmożenie		Przyśpieszenie	Obniżenie		Zwolnienie	Bez zmian		
	mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno	mx.	mm.	tętno
	%		%	%		%	%		
Ogólno-solankowe . .	28,2	23	15,4	38,5	36	41	33,3	41	43,5
Z aparatu druskienickiego . .	39,6	24,7	26,4	37,7	39,6	39,6	22,6	35,8	34
Z aparatu „Inhabad" . .	42,8	39,2	25	32,1	25	28,5	25	35,7	46,4

Widzimy, że ogólny charakter zmian ciśnienia i tętna po wszystkich rodzajach wziewań jest jednakowy. Liczba przypadków charakterystycznego dla wszystkich wziewań obniżenia ciśnienia we wszystkich grupach w ½ godz. po wziewaniu maleje zatrzymując ten sam wzajemny stosunek. Różnice liczbowe między ciśnieniem maksymalnym i minimalnym dążą do wyrównania się, tak że wahania ciśnienia maksymalnego i minimalnego idą już dalej prawie równolegle. Liczba przypadków dalszego obniżenia ciśnienia, najważniejszego odczynu na wziewania — we wszystkich rodzajach wziewań, jest prawie jednakowa, co dowodzi, że wszystkie wziewania wywierają na ciśnienie w pewien czas po wziewaniu mniej więcej jednakowy wpływ. Różnica polega głównie na początkowej potem wyrównującej się reakcji ustroju na różne wziewania zależnie od sposobu stosowania wziewań i typu aparatów inhalacyjnych.

Wpływ wziewań solankowych na ciśnienie krwi i tętno zależy najprawdopodobniej nie tylko od samej solanki, która tak skutecznia działa w leczeniu wziewaniami schorzeń dróg oddechowych, ale też i od innych czynników, czego dowodzą przeprowadzone przez nas próbne wziewania z wody słodkiej. Wziewania te wywoływały prawie takie same zmiany ciśnienia i tętna jak i wziewania solankowe, co widać z przytoczonych niżej przykładów:

Wziewania z wody słodkiej.

Badania NN 133—134. Mężczyzna 23 lat. Wziewania z aparatu „Inhabad".

	przed wziewaniem	natychmiast po wziewaniu		przed wziewaniem	natychmiast po wziewaniu
9. IX.			10. IX.		
mx.	145	140	mx.	135	110
mm.	95	85	mm.	90	60
tętno	70	70	tętno	70	76

Badanie N 135. Mężczyzna 22 lat. Wziewania z aparatu „Inhabad".

10. IX.		
mx.	145	130
mm.	80	75
tętno	88	88

Badania NN 146—147. Wziewania z aparatu druskienickiego.

9. IX.			10. IX.		
mx.	110	120	mx.	105	110
mm.	70	75	mm.	65	70
tętno	80	80	tętno	80	80

Widzimy, że i po wziewaniach z wody słodkiej w pierwszych dwóch przypadkach wystąpiło obniżenie ciśnienia, w trzecim zaś przypadku wziewania z aparatu druskienickiego spowodowało wzmożenie ciśnienia. Z naszej pracy wynika, że i we wziewaniach solankowych aparat druskienicki wywoływał wzmożenie ciśnienia częściej od innych aparatów rozpylających solankę.

Z pośród czynników, mogących wpływać na ciśnienie i tętno po wziewaniach solankowych wymagają szczegółowego badania w tym kierunku wpływ zwilżenia i drażnienia wodą miejscowo błon śluzowych i skóry twarzy i szyi. Za możliwością tego wpływu na skórę przemawiają zmiany ciśnienia krwi badane w Druskienikach, w czasie przeprowadzania naszych badań, po kąpielach i innych zabiegach wodoleczniczych (Salitówna).

Pewien wpływ na ciśnienie krwi i tętno wywiera niewątpliwie sposób wziewania, typ aparatu i stopień ciśnienia rozpylanych płynów i powietrza, które te płyny rozprasza w różnych aparatach na rozmaitej wielkości kropelki. Zależność zmian ciśnienia i tętna od rodzajów poszczególnych aparatów do wziewań i różnicy rozpylanego strumienia wdychanych płynów podkreślają otrzymane przez nas dane w różnych grupach wziewań. Prace nad wyjaśnieniem niektórych z wyżej wskazanych czynników są w toku.

Z niniejszej pracy możemy wyciągnąć następujące wnioski:

1. Wszystkie, stosowane przez nas rodzaje wziewań solankowych wywierają znaczny wpływ na ciśnienie krwi i tętno.

2. Charakterystycznym, najczęściej spotykanym odczynem ciśnienia na wziewania (zarówno maksymalnego jak i minimalnego) jest obniżenie ciśnienia, występujące mniej więcej w połowie przypadków we wszystkich rodzajach wziewań. Rzadziej ciśnienie pozostaje bez zmian (od 16,4% do 29,2% zależnie od rodzaju wziewania) lub też wzmaga się (od 11,3% do 31,5%).

3. Stopień wahania ciśnienia w obu kierunkach w większości przypadków jest mniej więcej ten sam dla wszystkich rodzajów wziewań (od 4 mm do 15 mm). Największa zmiana ciśnienia po wziewaniach, (podwyższenie) wynosiła 40 mm.

4. Zmiany ciśnienia maksymalnego i minimalnego nie zawsze idą równolegle od razu po wziewaniu. Ciśnienie maksymalne w pierwszych chwilach po wziewaniu wykazuje większą chwiejność niż ciśnienie minimalne i ulega nieco większym i bardziej

różnorodnym zmianom, zależnym w znacznej mierze od rodzaju i sposobu wziewania. Zmiany te są jednak w większości przypadków zwykle krótkotrwałe i już w ½ godziny po wziewaniu dalsze wahania ciśnienia maksymalnego i minimalnego odbywają się mniej więcej równolegle.

5. Większość przypadków zmienionego po wziewaniu ciśnienia zwykle wyrównywa się i wraca do dawnego stanu w przeciągu 24 godzin po każdym wziewaniu. W niektórych jednak przypadkach zmiany te utrzymują się dłużej przez cały czas trwania kursu wziewań i nawet pewien czas po zaprzestaniu takowych.

6. Codzienne stosowanie tych samych wziewań przez czas dłuższy pozwala wykryć w większości przypadków stałą specyficzną zwykle dla danego osobnika reakcję ciśnienia na wziewania w postaci podwyższenia, obniżenia lub zachowania się ciśnienia bez zmian. Pewne krótkotrwałe wahania ciśnienia w różnych kierunkach mogą występować we wszystkich tych grupach chorych. ale tylko po pojedyńczych wziewaniach, które jednak nie zmieniają ogólnej ustalonej tendencji reagowania danego osobnika na wziewania.

7. Tętno najczęściej po wziewaniach pozostaje bez zmian z wyjątkiem silnych wziewań z aparatów druskienickich Po wziewaniach indywidualnych tętno nieco częściej zwalnia się (38%) niż przyśpiesza się (w 20% do 34,8% — zależnie od sposobu wziewania). Wziewania działające silnie miejscowo dają najwięcej przypadków przyśpieszenia tętna.

Stopień wahania tętna po wziewaniach wynosi przeciętnie 4—12 uderzeń na minutę. Zmiany tętna są zwykle krótkotrwałe i dość szybko wyrównują się, po każdym wziewaniu, przy czym przyśpieszone tętno prędzej wraca do stanu dawnego niż zwolnione, które niekiedy utrzymuje się przez cały czas stosowania wziewań. Najrzadsze są przypadki trwałego przyśpieszenia tętna po wziewaniach solankowych. Pewna liczba przypadków przyśpieszonego tętna podczas badania przed a nieraz i po wziewaniu zależała od przejęcia się chorych samym aktem badania. gdyż następnego. a często nawet tego samego dnia wielu z tych chorych wykazywało normalne tętno. przy niezmienionym ciśnieniu.

8. Różne sposoby rozpylania solanki z rozmaitych aparatów wywierają odrazu po wziewaniu niejednakowy wpływ na ciśnie-

nie i tętno. Potem różnice te nieco wyrównują się. Silny, grubo rozpylony strumień wdychanej solanki daje częściej wzmożenie ciśnienia i przyśpieszenia tętna, niż po subtelnych, łagodnych wziewaniach nie drażniących mechanicznie błony śluzowej nosa i gardła. W naszych badaniach najsilniej działał aparat druskienicki.

9. Wobec możliwości wzmożenia ciśnienia po wziewaniach solankowych należy wybierać dla osób starszych oraz w przypadkach nadciśnienia wziewania najsubtelniejsze, nie drażniące błony śluzowej. W naszych badaniach najbardziej odpowiednim w tych przypadkach był aparat „Inhabad", którego działanie jednak w leczeniu przewlekłych nieżytów górnych dróg oddechowych okazało się słabsze od aparatów druskienickich.

10. Solanka nie jest najważniejszym czynnikiem wpływającym podczas wziewań, na ciśnienie i tętno, bo ciśnienie i tętno, podobnie się zmienia również i po wziewaniach z wody słodkiej, które nie posiadają jednak takiego leczniczego znaczenia jak wziewania solankowe. W celu ustalenia wszystkich czynników, działających podczas wziewań na ciśnienie krwi i tętno potrzebne są dalsze badania. Różnice wieku, płci i ogólnego stanu zdrowia w naszych badaniach nie miały większego wpływu na zachowanie się ciśnienia i tętna po wziewaniach.

Résumé.

B. Dylewski et C. Krajewski. „L'influence de l'inhalation des liquides sodiques sur la tension arterielle et sur le pouls".

L'auteur fait part de ses recherches faites chez 140 malades en de servaut des liquides sodiques de sourec à Druskieniki. La tension arterielle ainsi que le pouls a été examiné après l'inhalation générale et individuelle. L'auteur se basant sur ses recherches arrive à la conclusion, qu'après l'inhalation dans la plupart des cas la tension arterielle se diminue. Cette diminution peut durer assez longtemps. Le pouls d'ordinaire s'accélère. L'inhalation forte provopue plus souvent l'augmentation de la tension et l'accélération du pouls que l'inhalation faible'quand le liquide est bien pulverisé.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej U. P. (Prof. Dr Alfred Laskiewicz)
i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej U. P. (Prof. Dr Leon Padlewski).

O leczeniu ozeny bakteriofagami.

Dr med., mag. fil. ALEKSANDER ZAKRZEWSKI,
st. asystent Kliniki.

Dr med. JÓZEF WIZA.
st. asystent Zakładu.

Rozliczne zapatrywania na etiologię i patogenezę ozeny dalekie są od uzgodnienia pomimo dużych wysiłków poczynionych w tym kierunku. Ilość teoryj więcej lub mniej trafnych, tłumaczących powstawanie tego cierpienia, wzrasta stale. Najbliższe prawdy zdają się być zapatrywania *Glasscheiba, Fleischmanna, Galperina* i *Frumina, Birkholza, Reverchona, Wormsa, Halphena* i innych. dopatrujących się przyczyny zasadniczej w zaburzeniach gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym i ściśle z nim związanego układu nerwowego wegetatywnego. Ozena byłaby zatem nie chorobą miejscową jamy nosowej, powstałą na skutek zakażenia tym lub innym drobnoustrojem względnie zadziałania na nos jakiegoś określonego czynnika chorobotwórczego, lecz schorzeniem ogólnym. stwarzającym warunki sprzyjające rozwojowi specyficznej flory bakteryjnej.

Jakkolwiek według nowszych badań nie można przypisać drobnoustrojom jamy nosowej chorych na ozenę roli etiologicznej, to jednak nie da się zaprzeczyć udziału tych drobnoustrojów w wytwarzaniu głównych zewnętrznych objawów chorobowych. To też nie bez uzasadnienia jest podjęcie prób leczenia ozeny bakteriografagami, których działanie skierowane jest przeciwko bakteriom spotykanym w odnośnych przypadkach chorobowych *(F. Fuchs, Halphen* i *Djiropoulos).*

Działanie lityczne bakteriofagów zaobserwował po raz pierwszy *Twort* w roku 1915. Stwierdził on, że hodowle gronkowca złocistego, znalezionego w szczepionce krowiankowej, ulegają przekształceniu pod wpływem czynnika litycznego. obecnego w tejże szczepionce. Tak zmienione kolonie. spłókane wodą i przesączone przez świecę porcelanową posiadały własności rozpuszczenia kolonii jeszcze przez okres 6-ciu miesięcy. Podobne wyniki otrzymał *Twort* z laseczkami grupy coli. W 1917 r. *d'Herelle* ogłosił odkrycie mikroba niewidzialnego i przesączalnego. będącego antagonistą

laseczek dyzenterii. Drobnoustrój ten niszczył w doświadczeniach las. czerwonki, tyfusu i paratyfusu. Związki antyseptyczne działają na niego tylko nieznacznie, promienie pozafiołkowe i temperatura 100—130° C. zabijają go. Żyje na pożywkach z bakteriami, które rozpuszcza z szybkością i w stopniu zależnym od stężenia i zjadliwości. Kolonie na agarze wykazują pod wpływem działania bakteriofagów puste miejsca, w których mikroskopowo stwierdza się najpierw szczątki bakteryj, potem całkowite ich rozpuszczenie. Jako stałym mieszkańcom jelit przypisuje im d'Herelle duże znaczenie odpornościowe w chorobach zakaźnych przewodu pokarmowego.

Zjawisko d'Herella znalazło zastosowanie lecznicze w medycynie wewnętrznej (w chorobach zakaźnych) oraz w niektórych innych schorzeniach o etiologii bakteryjnej. Między innymi zastosowano w leczeniu ozeny przesącze, zawierające czynne bakteriofagi specyficzne dla drobnoustrojów, wyhodowanych ze strupów ozenowych.

Zachęceni bardzo dobrymi wynikami otrzymanymi w leczeniu ozeny bakteriofagami przez *Fuchsa, Halphena* oraz *Djiropoulosa* postanowiliśmy na materiale klinicznym Kliniki Oto-Laryngologicznej U. P. wypróbować skuteczność leczniczą tych swoistych bakteriofagów. Do tych doświadczeń służyło nam 26 chorych na ozenę, z których udało się systematycznie leczyć 22.

Nasze doświadczenia nad działaniem leczniczym bakteriofagów w ozenie poprzedziliśmy dokładnym zbadaniem flory bakteryjnej nosa poszczególnych chorych. Dla każdego przypadku przygotowaliśmy następnie mieszankę swoistych bakteriofagów, otrzymanych z bakteryj wyhodowanych od odnośnego chorego. Szczegółowa zatem diagnoza bakteriologiczna była pierwszym naszym zadaniem.

W każdym poszczególnym przypadku postępowaliśmy następująco:

1. z pobranego materiału robiliśmy bezpośrednio barwiony preparat, aby zorientować się z grubsza z czym mamy do czynienia i aby zaobserwować otoczki las. Abel-Löwenberga, które najwyraźniej występują na preparatach bezpośrednich;

2. materiał posiewaliśmy na pożywkach takich jak: agar zwykły, bulion zwykły, agar Clauberga, sur. Löfflera;

3. dla wykazania cech gatunkowych poszczególnych szczepów szczepiliśmy otrzymane czyste kultury jeszcze na kartofle, na bu-

lion z tryptofanem dla wykazania indolu, na bulion z 5% peptonem, na mocz oraz szczepiliśmy zwierzęta laboratoryjne. Wyniki tak przeprowadzonych badań bakteriologicznych przedstawia poniższa tablica:

Nazwisko	Płeć	Wiek	Prątek Pereza	Prątek Belfantiego	B. Abel-Löwenberga	Inne drobnoustroje
1. G. K.	M	10	—	+	+	*dipl. pneum., b. coli, staphyloc. alb.*
2. K. M.	K.	32	—	+	+	*staphyloc alb. pnnumoc., proteus*
3. B. S.	M.	29	+	—	+	*dipl. catarrh., proteus, pneumoc., staphyloc. alb.*
4. P. L.	K.	19	—	+	+	*staphyloc. citr. proteus b. coli, staphyloc. alb.*
5. J M.	K	22	—	+	+	*dipl. catarh.,*
6. M. S.	M	23	—	—	+	*proteus, b. coli, staphylococcus alb.*
7. R. L.	M.	26	+	+	—	*proteus, pneumococcus, b. dyphter. staphyloc. alb.*
8 P. S.	M	28	—	+	+	*dipl. catarrh., proteus, staphyloe. citr., aur.*
9. H. Z.	K	23	—	+	—	*staphyloc. alb., proteus, pneumococcus.*
10. J M.	M.	65	—	+	+	*las. Friedländera, staphyloc alb.*
11. C. W.	K.	15	+	+	—	*staphylococcus. citr., alb.*
12. K. M.	K.	23	+	+	+	*pneumococ, dipl. catarrh.*
13. Z E.	M.	25	—	—	+	*proteus. staphyloc. alb. citr.*
14. K. G.	M.	14	—	+	+	*dipl. catarrh., streptococcus.*
15. B. S.	M.	29	—	+	+	*staphyloc. aur. citr., proteus*
16. C. A.	K.	40	—	+	+	*dipl pneumoniae, staphyloc. alb.*
17. W. W.	K.	18	—	+	+	*proteus, staphylococcus alb. aur.*
18. K. B.	K.	32	—	+	+	*pneumococcus, proteus, staphyloc. alb., citr.*
19. P. W.	M.	26	—	+	—	*staphylococcus alb, aur. pyocyaneus.*
20. R. E.	M	22	—	+	+	*dipl. catarrh, b. coli, staphyl. alb. citr.*
21 K S.	K	21	—	+	+	*pneumococcus, streptococcus.*
22. N. A.	M.	24	—	—	+	*staphylococcus alb. citr, dipl catarrh.*
23. M. J.	K.	18	—	+	+	*protens, strepococcus, staphyloc. alb.*
24. B. C.	M	16	—	+	+	*pneumococcus, staphyloc. alb. aur.*
25 W. Z.	K.	21	—	+	+	*pneumococcus, proteus, staphyloc. aur., citr.*
26. S. N.	K.	30	—	+	+	*dipl. catarrh., proteus, staphyl. alb. citr.*

Jak z wyżej przedstawionej tablicy wynika na 26 badanych przypadków wykryliśmy:

b. Abel-Löwenbergi	u 23	chorych
b. Belfanti	u 22	„
b. Perezi	u 4	„
Pneumococcus	u 11	„
dipl. catarrhalis	u 8	„
staphyl. albus	u 20	„
„ *citreus*	u 10	„
„ *aureus*	u 6	„
streptococcus	u 3	„

b. Löffleri	u 1	chorych
b. coli	u 4	„
b. proteus	u 13	„
pyocyaneus	u 1	„
b. Friedländeri	u 1	„

Najczęściej spotykanym drobnoustrojem, jak z powyższego wynika, był b. ozenae Abel-Löwenbergi, którego wykryliśmy u 23 naszych chorych. Jest on najczęściej spotykanym i najłatwiejszym do wykrycia składnikiem flory bakteryjnej śluzówki nosa zarówno u osobników zdrowych jak i dotkniętych przewlekłymi nieżytami nosa względnie cierpiących na ozenę.

Vicente i Mayoral, który na dużym materiale przeprowadzili badania porównawcze, znajdowali go w 30% u osobników zdrowych, w 44% u dotkniętych przewlekłymi nieżytami i w 95% u chorych na ozenę. Ten wysoki odsetek w nieżycie zanikowym z cuchnieniem, jeszcze dziś skłania wielu autorów do przypisywania laseczkom Abel-Löwenberga etiologicznej roli w ozenie.

Cozzolino stwierdzał u królików zanikowy nieżyt nosa po dożylnym im zaszczepieniu hodowli las. Abel-Löwenberga. Wyżej wymienieni Vicente i Mayoral nie potwierdzili doświadczeń Cozzolino. Najsłuszniejszym prawdopodobnie jest zapatrywanie tych, którzy odmawiając mu jakiejkolwiek roli etiologicznej, uważają go raczej za saprofita, znajdującego w nosie chorych na ozenę wyjątkowo korzystne warunki rozwoju *(Lermoyez, Schlafig).*

Obserwacje kliniczne z równoczesną kontrolą bakteriologiczną zdają się przemawiać na korzyść tego poglądu, albowiem stwierdzano mniejszy odsetek las. śluzowych Abel-Löwenberga w miarę poprawy stanu śluzówki nosa. *Leroux-Robert* i *Costiniu* na podstawie licznych badań bakteriologicznych śluzu nosowego we wczesnych okresach ozeny dochodzą do wniosku, że las. śluzowe Abel-Löwenberga zjawiają się w nosie u chorych później, aniżeli coccobac. Pereza, o którym później będziemy mówić, oraz, że wynikiem tej wtórnej infekcji jest niejako „stłumienie“ las. Pereza podobnie jak to się ma na pożywkach. Las. Abel-Löwenberga przerastają coccob. Pereza. Masy śluzowe, pokrywające obficie błonę śluzową nosa w czasie choroby, mają być według tych autorów produkowane wyłącznie przez las. Abel-Löwenberga.

Drugim z kolei często spotykanym drobnoustrojem był prątek zbliżony wyglądem do prątka błonicy, gramododatni, posiadający

ciałka metachromatyczne, nieruchomy, rozwijający się dobrze na pożywkach: surowicy Löfflera i Clauberga. Znaleźliśmy go 22 razy na 26 badanych przez nas przypadków ozeny.

Opisany w 1900 r. przez autorów włoskich *Belfantiego i della Vedova* jako swoisty zarazek tego cierpienia, obecnie jest określany jako prątek paradyfterytyczny z powodu daleko idącej analogii z prątkiem Löfflera.

Malherbe i *Dujardin - Beaumetz,* którzy w 1922 roku zbadali bakteriologicznie przeszło 200 przypadków ozeny, dochodzą do wniosku, że mamy do czynienia z drobnoustrojem identycznym z prątkiem błonicy, zarówno pod względem morfologicznym jak i odczynów biochemicznych, a różniącym się od niego jedynie brakiem jakiejkolwiek zjadliwości.

W naszych badaniach poszukiwaliśmy prątka Belfantiego w preparatach bezpośrednich ze śluzu nosowego względnie strupów, pochodzących od chorych, poza tym celem wyosobnienia posiewaliśmy materiał na pożywce Clauberga oraz surowicy Löfflera. Kolonie otrzymane różniły się od dyfterytycznych tym, że były grubsze i więcej lśniące. Mikroskopowo badane powyższe bakterie niczym się nie różniły od prawdziwych dyfterytycznych b. Löffleri. Badania przeprowadzone na świnkach morskich w kierunku wykazania toksyczności dały wynik ujemny. W jednym tylko przypadku stwierdziliśmy toksyczny szczep dyfterytyczny, który najprawdopodobniej należał do nosiciela dyfterii, chorego na ozenę. Ten przypadek może nawet zaprzeczyć twierdzeniom Malherbe i Dujardin-Beaumetza, którzy twierdzą, że prątek błonicy w symbiozie z las. śluzową Abel-Löwenberga zatraca zupełnie swoją zjadliwość i przebywa nadal w jamie nosowej jako prątek Belfantiego.

W doświadczeniach swych badacze ci jednak ani razu nie mogli stwierdzić nawet śladów toksyczności otrzymanych kultur. Trudno przypuścić, aby las. błonicy utraciły swoją swoistą własność wytwarzania toksyn odrazu i na stale.

Stwierdzenie las. Belfantiego u osobników zdrowych, którzy nie przechodzili według podanej anamnezy błonicy (jak to wykryliśmy w przypadkach): wolnych od ozeny, oraz wykrycie zarazków błonicznych, zjadliwych, u nosiciela chorego na ozenę, stawiają hipotezę wyżej wymienionych autorów o pozbywaniu się las. Löfflera swej toksyczności na skutek kontaktu z las. śluzowymi — w sferę domysłów.

Najwięcej słuszności zdaje się mieć Lermoyez, który twierdził, że obecność las. Befantiego w jamie nosowej, chorych na ozenę, należy przypisać infekcji wtórnej.

Logiczną konsekwencją przypuszczenia o wspólnej genezie las. dyfterii i paradyfterytycznych jest przypisywanie tym ostatnim własności wytwarzania strupów ozenowych, które mają stanowić analogię do włóknikowych błon rzekomych w błonicy. W czasie obserwacji naszych chorych stwierdzaliśmy stale u 3 chorych, opornych na leczenie bakteriofagami, tworzenie się strupów pomimo, że staranna kontrola bakteriologiczna jamy nosowej wykazywała bezpośrednio po ukończeniu leczenia oraz jeszcze kilka tygodni później brak las. paradyfterytycznych na śluzówce nosa. Naszym zdaniem twierdzenie o wytwarzaniu strupów przez las. Belfantiego ma w sobie dużo dowolności i brak mu poparcia dowodowego.

Żmudne poszukiwania w celu wyosobnienia prątka Pereza tylko w 4 naszych przypadkach dały wynik dodatni. Cuchnienie wytwarzane przez hodowlę tych las. na bulionie, przypominające w wysokim stopniu zapach strupów ozenowych, skłaniało nielicznych autorów już od chwili jego wykrycia przez Pereza w 1899 r. do uznawania jego roli jako zasadniczego czynnika etiologicznego w ozenie. Znalezienie go na śluzówce nosa i pyska u psów było podstawą teorii zakaźnej nieżytu zanikowego z cuchnieniem.

Badanie bakteriologiczne, przeprowadzone na dużym materiale przez wyżej wspomnianych Vicente'a i Mayoral'a (1917) oraz przez Laurens'a (1920), wykazały obecność coccob. foetidus ozenae tylko w przypadkach ozeny (w 28% chorych na ozenę), nie znaleziono go natomiast ani razu u osobników zdrowych względnie cierpiących na inne choroby nosa. Znaczne trudności w wykryciu tego prątka podkreślają *Slawtcheff, Hoffer, Chiari, Onodi, Greif* i inni. Rebattu i Proby (1931 r.) nie mogli go znaleźć ani w jednym z badanych przez siebie przypadków.

Zdaniem Pereza niski odsetek dodatnich badań jest następstwem wadliwej techniki bakteriologicznej. Łatwiej jest znaleźć coccob. foetidus na hodowlach świeżych, a stwierdzenie charakterystycznego zapachu jest możliwe tylko przy bardzo dokładnym zatykaniu kolbek z bulionem.

Wyosobnienie prątka Pereza u osobnkiów młodych jest zdaniem wielu autorów łatwiejsze aniżeli u osobników starszych. Pierwsze swoje obserwacje Perez poczynił w szpitalu dziecięcym. Na podstawie naszych badań doszliśmy do wniosku, że wyizolowanie

omawianego prątka jest najłatwiejsze u osobników od dłuższego czasu nie leczonych za pomocą jakichkolwiek bądź zabiegów w nosie (przepłukiwania, pendzlowania itd.).

Jak wyżej podaliśmy na ogólną ilość 26 badanych przypadków udało nam się wyhodować las. Pereza tylko u 4 chorych, którzy czy to z braku funduszów, czy zniechęceni do dalszego leczenia, zaniedbywali je i nie usuwali nawet strupów z jamy nosowej (2 chorych nie leczyło się od roku, 2 od 6—8 miesięcy). Następne badania kontrolne już tylko u 2 z nich stale dawały wyniki dodatnie. Badania te dotyczą okresu czasu poprzedzającego leczenie bakteriofagami, kiedy stosowano przeważnie przepłukiwania jamy nosowej po uprzednim usunięciu strupów.

Zdanie Pereza, że cuchnienie stwierdzane klinicznie jest uwarunkowane obecnością przez niego opisanego prątka, było i jest kwestionowane przez jego przeciwników.

Jakim wobec tego drobnoustrojom należy przypisać rolę rozkładania ciał białkowych i tłuszczowych wydzieliny nosowej u osobników, u których wielokrotne i bardzo szczegółowe badania nie pozwoliły stwierdzić prątka Pereza? Naszym zdaniem, znajdowany przez nas bardzo często bac. proteus jest najczęstszym sprawcą tego cuchnienia, gdyż także w hodowlach płynnych daje tego rodzaju specyficzne zapachy.

Fakt, że prątek Pereza występuje tylko w jamie nosowej chorych na ozenę, że nie był nigdy spotykany u zdrowych, jak to pisaliśmy wyżej, każe nam uznać ten drobnoustrój jako najbardziej charakterystyczny składnik flory nosowej tego cierpienia. Prawdopodobnie znajduje on na zanikłej śluzówce nosa bardzo dogodne warunki rozwoju, zwłaszcza w okresie dłuższych przerw w leczeniu i u osobników młodych jeszcze nie leczonych.

Badania eksperymentalne na królikach, którym Perez zaszczepił dożylnie świeże hodowle swego prątka, jakkolwiek potwierdzone przez Hoffera, Koflera, Safranka i Neufelda nie przekonują innych autorów (Burkhard, Oppikofer, Salomonsen i inni), którzy nie widzą analogii między zmianami otrzymanymi na śluzówce nosa u zaszczepionych królików a procesem ozenowym u człowieka.

Inne drobnoustroje, wykryte w naszych przypadkach ozeny, nie przedstawiają większego znaczenia dla etiologii tego cierpienia, gdyż są one spotykane u osobników zdrowych i chorych na zwykłe nieżyty błony śluzowej nosa.

Przystępując do opisywania leczenia naszych chorych na ozenę bakteriofagami należy nadmienić, że bakteriofagi przygotowywaliśmy indywidualnie dla każdego chorego, z wyosobnionych u niego drobnoustrojów.

Sposób przygotowania przesączów z bakteriofagami był następujący: 48 godzinne hodowle bulionowe z otrzymanych poszczególnych czystych kultur przesączaliśmy przez świecę Chamberlanda i badaliśmy przesącze na jałowość. Badanie czynności litycznej bakteriofagów przeprowadzaliśmy na koloniach odnośnych drobnoustrojów w hodowli agarowej i po 24 godzinach badaliśmy stopień przejaśnienia tych kolonij.

Bardzo aktywne okazały się bakteriofagi Pereza i to zarówno dla mikrobów pochodzących z danego przypadku chorobowego, jak i dla innych szczepów, wyhodowanych od pozostałych chorych, względnie dla szczepów Pereza wyosobnionych ze śluzówki pyska psa, co w 2 przypadkach się nam udało.

Mniej aktywne okazały się przesącze w stosunku do las. paradyfterycznych Belfantiego, a bardzo małe działanie stwierdzaliśmy na las. Abel-Löwenberga. Bakteriofagi gronkowcowe, b. proteus i innych nie specyficznych dla ozeny wykazały znaczne swoiste działanie na odnośne hodowle, natomiast paciorkowcowe bakteriofagi były bardzo mało czynne. Podobne spostrzeżenie zrobił F. Fuchs.

Leczenie bakteriofagami stosowaliśmy na materiale poliklinicznym w latach 1933—1935. Na ogólną ilość 26 badanych bakteriologicznie chorych leczenie przesączami stosowano u 22, a systematyczne obserwacje przeprowadzono w 20 przypadkach.

Chorych naszych podzieliliśmy na dwie grupy: pierwsza grupa. to przypadki z daleko posuniętym zanikiem błony śluzowej i rusztowania kostnego nosa, z obfitymi strupami i silnym cuchnieniem. Tu należało 9 przypadków (6 kobiet i 3 mężczyzn), większość chorych tej grupy nie przechodziła przedtem systematycznego leczenia.

Do drugiej grupy zaliczyliśmy 11 przypadków (7 kobiet i 4 mężczyzn) z wydzieliną nosową bardziej płynną, mniejszym cuchnieniem i nie tak daleko posuniętym procesem zanikowym.

Wszyscy chorzy tej grupy byli już systematycznie leczeni acetylocholiną.

Stosowanie przesączu odbywało się przy pomocy tamponików z waty, nasiąkniętych przesączem. Tampony leżały w nosie naj-

wyżej 2 godziny. Podobne zabiegi powtarzano codziennie przez przeciąg 3—10 dni, najczęściej 5 lub 6.

Cuchnienie wyraźnie zmniejszało się, często do zupełnego zniknięcia, błona śluzowa stawała się wilgotną, bardziej różową, strupy tworzyły się w mniejszej ilości, łatwo dawały się usuwać. Subiektywna poprawa była bardzo wyraźna. W większości przypadków ta poprawa stanu miejscowego zjawiała się w 3 lub 4 dniu leczenia. W przypadkach opornych na leczenie przerywaliśmy je w końcu pierwszego tygodnia.

Brak jakiegokolwiek działania klinicznego przesączów z bakteriofagami, aktywnymi i wypróbowanymi uprzednio in vitro tłumaczy d'Herelle powstawaniem w surowicy chorego antifagów specyficznych. W celu zniesienia działania tych antifagów zaproponowali *Raiga i Rosenthal* równoczesne stosowanie autohemoterapii. Zabieg ten stosowaliśmy u naszych chorych zwykle w drugim lub trzecim dniu leczenia, zarówno w przypadkach opornych na leczenie bakteriofagami jak i dodatnio reagujących na nie, gdyż w tych ostatnich musieliśmy się liczyć z możliwością powstawania antifagów już w pierwszych dniach stosowania przesączów.

Zestawiając wyniki naszego leczenia, musieliśmy stwierdzić wyraźnie zaznaczoną poprawę w 13 przypadkach. Uczucie wilgotności, świeżości w nosie i zmniejszone zasychanie zjawiało się już po kilku dniach leczenia w 9-ciu przypadkach, w pozostałych dopiero po tygodniu. 7 przypadków zupełnie nie reagowało na setony napojone przesączami. Nie stwierdzono u tych chorych ani subiektywnej ani obiektywnej poprawy. Te 7 przypadków należą do pierwszej grupy naszych chorych.

Chorzy, u których udało nam się uzyskać przedstawiony wyżej efekt leczniczy należeli do obu grup, przy czym zauważyliśmy większą podatność na leczenie bakteriofagami tych chorych, którzy jeszcze przed kilku tygodniami byli leczeni acetylocholiną, zwłaszcza cuchnienie ustępowało u nich bardzo szybko.

Osiągnięta poprawa utrzymywała się rozmaicie długo. Z 13 chorych, z dodatnim wynikiem leczonych, 5 wykazywało zupełne recydywy do stanu poprzedniego po 2 tygodniach po przerwaniu leczenia, 4 po 4—6 tygodniach, a 4 pozostałych jeszcze po przeszło półrocznej przerwie wykazało dużą poprawę. Wśród tych ostatnich znajduje się chory, u którego wykryto nosicielstwo błonicy i który poza bakteriofagami był leczony surowicą swoistą. 2 z nich mieliśmy możność widzieć po roku od zaprzestania jakiegokolwiek le-

czenia. Niestety po tak długim czasie tylko jeden przypadek wykazywał jeszcze poprawę, cuchnienia nie stwierdziliśmy, zasychanie było minimalne. Kontrolne badania bakteriologiczne śluzu nosowego u leczonych pozwoliło nam stwierdzić brak coccob. Pereza już po tygodniu leczenia, natomiast b. Abel-Löwenberga wykazywały podobną odporność na bakteriofagi, którą stwierdziliśmy in vitro.

Wnioski:

W zestawieniu ogólnym naszych doświadczeń stwierdzamy:

1. że przesącze hodowli płynnych drobnoustrojów znalezionych w nosie chorych na ozenę, wykazują dużą aktywność w stosunku do odnośnych mikrobów, zwłaszcza las. Pereza, gronkowce i proteus,

2. że las. Abel Löwenberga i paradyfterytyczne są odporniejsze na działanie bakteriofagów,

3. że w stosowaniu klinicznym tych przesączów, przygotowanych indywidualnie dla każdego przypadku, ujawnia się u większości chorych poprawa subiektywna i obiektywna, utrzymująca się rozmaicie długo (od 2 tygodni do 6 miesięcy i dłużej). Poprawę powyższą należy odnieść wyłącznie do działania swoistego przesączu. Czyniony nam zarzut jakoby poprawa stanu błony śluzowej była następstwem miejscowego drażnienia przez seton (analogia do tamponady Gottsteina) możemy stanowczo odrzucić, gdyż rozporządzając małymi ilościami przesączu stosowaliśmy go oszczędnie na wacikach o bardzo nieznacznych rozmiarach i przez czas stosunkowo krótki (do 2 godzin). Porównywanie działania tych wacików do mechanicznego drażnienia tamponady Gottsteina jest nieistotne,

4. stosowanie bakteriofagów jako leczenia, skierowanego wyłącznie przeciw drobnoustrojom jamy nosowej, chorych na ozenę, powinno być brane pod uwagę obok innych zabiegów względnie środków leczniczych, które dosięgają istotnej przyczyny schorzenia, umiejscowionej prawdopodobnie w gruczołach dokrewnych.

Podnoszące się ostatnio coraz częściej głosy przeciwko uznawaniu bakteriofagów za przesączalny twór żywy i przypisujących im własności fermentu zwiększającego się na pożywkach do ogromnych ilości nie były uwzględniane w naszych doświadczeniach. Chodziło nam o otrzymanie aktywnych przesączów i kliniczny efekt ich działania. Jakiekolwiek eksperymenty w kierunku okre-

ślania mechanizmu działania tych przesączów są dla kliniki zbyteczne i jako zagadnienie czysto teoretyczne mijałyby się z celem naszego zadania.

Piśmiennictwo.

Belfanti, cyt. wg. *Laskiewicza*, P. Przegl. Oto-laryng. T. I, str. 2, 1923.

Birkholz, cyt. wg. *Fleischmanna*, Zeitschr. für Hals, Nas. und Ohr. 1926, H. IV, s. 387.

Burkhard, cyt. wg. *Laskiewicza*, jak wyżej.

Chiari, cyt. wg. *Leroux-Robert et Costiniu*, patrz niżej.

Cozzolino, Bollet. del Mal. del Orech. del Naso. N. 12, 1896.

Fleischmann, Untersuchungen über den Blutchemismus bei Ozaena. Zeitschrift für Hals, Nas. und Ohr. 1926, z. IV, s. 387.

Fuchs, Bakteriophagentherapie der Ozaena. Otolaryngologia Slavica, 1930.

Galperin i Frumin, Zurnał usznych, nosowych i gorłow. bolez. T. III, n. 7—8, str. 382—394, 1926.

Glasscheib, Ist die Ozaena primär eine Avitaminose. Med. Klin., Vol. XXIII, s. 895—96, 1927.

Greif, III Congrès de la Soc. Tcheco-slov. O. R. L. 1924.

Halphen, Therapeutique symptomatique de l'ozène, Annales de mal. de l'oreille, t. I, s. 584.

Halphen et Djiropoulos, Traitement de l'ozène par association de la bactériophagie et de la vasodilatation medicamenteuse ou radiotherapie. — La Presse Medicale, 1933, n. 10, str. 190.

Herelle, cyt.: *Otto Munter*, Bakteriophagie, Handbuch d. Pathog. Mikroorg. Kolle Kraus und Uhlenhuth, III. Aufl. 1923.

Hofer, Monatschr. für Ohrenheilkunde u. s. w., 1921, H. 2.

Laskiewicz, O patogenezie i terapji nieżytu zanikowego nosa z cuchnieniem. P. Przegl. Otolar. T. I, str. 2, 1923.

Laurens (Paul), L'ozène, bactériologie, vaccinotherapie. Bulletin d'oto-rhino-lar. 1920, XVIII, n. 4, 131—137.

Lermoyez, La contagion de l'ozène, Annales de mal. d'oreille. 1907 janvier.

Leroux-Robert et Costiniu, Rapports sur l'ozène, II Congrès internat. d'oto-rhino-lar., Madrid, 1932.

Löwenberg, Microbes de l'ozène, Ann. de l'Inst. Pasteur. 1894, str. 292—317.

Malherbe et Dujardin-Beaumetz, Essai de vaccination specifique dans le traitement de la rhinite athropique ozeneuse, X Congrès intern. d'otologie. 1922.

Neufeld, Onodi i Oppikofer, cyt. wg. *Leroux-Robert et Costiniu*, j. wyżej.

Perez, Recherches sur la bactériologie de l'ozène, Annales de l'Inst. Pasteur, 1899, str. 937, 1901, 409.

Rebattu et Proby, La vaccinitherapie locale de l'ozène, Archives de laryng., str. 65, 1926.

Reiga i Rosenthal, cyt. wg. *Halphen et Djiropoulos*, jak wyżej.

Reverchon-Worms, Troubles trophiques de la muqueuse pituitaire consecutifs à une blessure de la region pterygomaxillaire. Syndrome spheno-palatin. (Soc. Fr. O. R. L. 1923, str. 251).

Safranek, cyt. wg. *Leroux-Robert*, patrz wyżej.

Salomonsen, cyt. wg. *Laskiewicza*, patrz wyżej.

Slawtscheff, Contribution à l'étiologie et la bactériologie de l'ozène. Thèse, Toulouse, 1907.

Szmurło, Stan obecny nauki o cuchnącym nieżycie nosa. P. Przegl. Otolaryng. T. I, str. 10, 1923.

Twort, cyt. wg. *Celarka*, Surowice i szczepionki, Warszawa 1931.

Vicente et Mayoral, Bactériologie et vaccinotherapie de l'ozène. Revista espanola de laryng. 1917, maj ikwiecień.

Vedowa, cyt. wg. *Leroux-Robert*, patrz wyżej.

Résumé.

A. Zakrzewski et J. Wiza. De traitement de l'ozène par bactériophages.

Les auteurs ont traité 22 malades atteints d'ozène par des filtrats contenants des bactériophages spécifiques aux germes découverts dans les croûtes nasales des ces malades. Avant la préparation des filtrats on a examiné exactement la flore bactérienne des cavités nasales de chaque sujet. Chez 26 malades on a trouvé: b. Abel-Löwenberg 23 fois, b. Belfanti 22, b. Perez 4, pneumococcus 11, dipl. catarrh. 8, staphyl. albus 20, citreus 10, aureus 6, streptococcus 3, b. Löffleri 1, b. coli 4, b. proteus 13, pyocyaneu 1, b. Friedländeri 1.

La manière de procéder à la préparation des bactériophages était la suivante: des cultures en bouillon de 48 heures furent filtrées par la bougie de Chamberland et les filtrats obtenus examinés par rapport à leur stérilité. L'examen d'activité litique était effectué sur des colonies d'agar des germes correspondants. Très actifs se montrèrent les bactériophages de Perez également contre les microbes provenant d'un malade particulier et contre les germes isolés de la muqueuse du reste des malades ou de la gueule de chien. Moins actifs étaient les filtrats envers les bacilles de Belfanti et on a constaté une très faible activité sur b. ozenae Abel-Löwenbergi. Les bactériophages de staphylocoque, de b. proteus et d'autres pas spécifiques à l'ozène démontraient une activité considérable envers les cultures d'agar. Les bactériophages de streptocoques étaient très faibles. L'application des bactériophages était effectuée à l'aide des tampons d'ouate imbibés de filtrat qui sont restés dans le nez tout au plus 2 heures. Tels procédés étaient répétés 3 à 10 jours de suite, le plus souvent 5 à 6 jours. La fétidité diminuait sensiblement souvent jusqu'à la disparition complète. La muqueuse devenait plus humide, plus rose, les croûtes étaient

plus minces et plus faciles à enlever. L'amélioration subjective était visible déjà le troisième ou quatrième jour de traitement. Dans les cas opiniâtres on a interrompu l'application des bactériophages à la fin de la première semaine. On a pu constater de telles améliorations en 13 cas. 7 cas n'ont pas réagi sur le traitement décrit ci-dessus. 2 cas n'étaient pas observés systématiquement. La durée de l'amélioration était différente. De 13 cas traités avec succès 15 manifestaient de récidives complètes déjà 2 semaines après la cessation du traitement, 4 cas après 4—6 semaines et 4 encore après 6 mois d'intervalle n'étaient pas empurés.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie.
(Dyrektor: Prof. Dr. T. *Wąsowski).*

Pomiary ciepłoty skóry okolicy ucha w ostrym zapaleniu ucha środkowego i wyrostka sutkowego i ich znaczenie rozpoznawcze.

Dr. med. N. WOŁKOWYSKI,
st. asystent Kliniki.

Minęło przeszło lat 60 od czasu kiedy *Schwartze* przywrócił obywatelstwo trepanacji wyrostka sutkowego, określając wskazania do zabiegu operacyjnego. Mimo to przy pomocy dotychczasowych metod badania nie zawsze jesteśmy w stanie rozpoznać powikłanie ze strony wyrostka sutkowego i znaleźć ścisłe wskazania do wkroczenia operacyjnego. Niebezpieczne powikłania wewnątrzczaszkowe, jako to: zapalenie opon mózgowych, ropień mózgu, zakrzep zatoki powstają prawie że zawsze za pośrednictwem zapalenia kości wyrostka sutkowego. Praktycznie biorąc stosunkowo mało niebezpieczna operacja może zatrzymać proces chorobowy w okresie jeszcze mało niebezpiecznym i dlatego nie dość jedynie wskazać na znaczenie wczesnego rozpoznania powikłania ze strony wyrostka sutkowego oraz znalezienia wskazań do zabiegu operacyjnego w odpowiednim czasie.

Klasyczny obraz zapalenia wyrostka sutkowego z obrzękiem i zaczerwienieniem za uchem, bolesnością wyrostka na ucisk, z wytworzeniem się ropnia podokostnowego, opuszczeniem tylnogórnej ściany przewodu nie zawsze jest dany lekarzowi do obserwowania; zresztą znamionuje już daleko posunięte zmiany w kości wyrostka sutkowego. Podstawą anatomopatologiczną są zmiany zapalne ropne w kości wyrostka sutkowego, doprowadzające do jej zniszczenia. Wyściółka komórek wyrostka sutkowego bierze udział w mniejszym lub większym stopniu prawie zawsze w ostrym zapaleniu ucha środkowego. Jednak te wczesne zmiany zapalne są słabego nasilenia i jedynie w zapaleniu wywołanym bardzo zjadliwymi zarazkami mogą być pośrednikiem w powstawaniu ogólnego zakażenia lub powikłań wewnątrzczaszkowych. Zwykle jednak w pojęciu *Mastoiditis,* które może dawać wskazania do zabiegu operacyjnego mieści się uszkodzenie kości wyrostka sutkowego. Jednak proces zniszczenia w kości niekoniecznie musi zawsze przebiegać z wyżej wymienionymi klasycznymi objawami zajęcia wyrostka sutkowego. Nierzadko możemy spotkać się z przypadkami, w których ani bolesność ani zmiany zewnętrzne nie są wyrażone pomimo że w wyrostku sutkowym zachodzą rozległe zmiany kostnego zniszczenia, które bezwzględnie powinny być operowane. Nie należy przy tym sądzić, że wczesna operacja zapobiega powikłaniom wewnątrzczaszkowym, gdyż mogą one powstać na drodze krwionośnej; wczesna zaś operacja połączona z urazem kości właśnie otwiera drogi do naczyń krwionośnych.

Badania *Mayera* wykazują, że większość powikłań występuje w czasie kiedy makroskopowo nie można jeszcze stwierdzić schorzenia kości. Powikłania w tym wczesnym okresie zapalenia ucha środkowego powstają na skutek rozprzestrzenienia się procesu zapalnego poprzez naczynia żylne śluzówki i kości wyrostka sutkowego (osteophlebitis).

Właściwie o zapaleniu wyrostka sutkowego można dopiero wówczas mówić, kiedy ropienie przechodzi ze śluzówki na kość *(Politzer, Wittmaack);* ku temu potrzebny jest przeciąg czasu niemniejszy od ośmiu dni. Dlatego też przy właściwym zrozumieniu pojęcia *Mastoiditis* wątpliwym jest aby wkroczenie operacyjne było wskazane przed końcem drugiego tygodnia, licząc od początku zachorowania *(Wittmaack).*

Celem każdego zabiegu operacyjnego jest przede wszystkim wykonanie go w odpowiednim czasie, kiedy z jednej strony nie doszło jeszcze do powstania powikłań, z drugiej zaś — proces zapalny w wyrostku sutkowym posunął się na tyle, że trudno jest spodziewać się samoistnego cofania się zmian zapalnych. Oczywistym jest, że nie można zwlekać z zabiegiem operacyjnym tam, gdzie jest on konieczny. Sprawa czasu wkroczenia operacyjnego, wcześnie lub późno, odpada w przypadkach istnienia bezwzględnych wskazań do operacji i jest jedynie aktualna tam gdzie wskazania te są względne. Ważnym jest uchwycenie właściwego momentu: nie za wcześnie i nie zbyt późno. Nie można też decydować się na spokojne wyczekiwanie przerwania ropy na zewnątrz. Badania histologiczne Krainza wykazują, że proces rozrzedzenia wywołany jest zwiększonym ciśnieniem w naczyniowym systemie kości, przez co zostają zaburzone warunki jej odżywiania. Na tym właśnie polegają początki endostitis i opierają swe powstanie wczesne objawy mastoiditis. Koniec procesu rozrzedzenia odpowiada ustąpienie zwiększonego ciśnienia.

O ile jednak wyobrazimy sobie, że w jakimś konkretnym przypadku znikanie podwyższonego ciśnienia nastąpi wcześniej aniżeli proces rozrzedzenia kości doprowadzi do przebicia ropy na zewnątrz lub co gorsza w kierunku jamy czaszki, to przypadek taki zostanie klinicznie nierozpoznany i będzie zaliczony do t. zw. Mastoiditis latens. Dlatego też kliniczne stwierdzenie początku schorzenia kości jest, zdaniem *Krainza*, prawie że niemożliwe i stąd właśnie pochodzi to wielkie niebezpieczeństwo zapalenia wyrostka sutkowego. Wobec istnienia już we wczesnym okresie udziału śluzówki komórek sutkowych, na początku ostrego zapalenia ucha środkowego mogą wystąpić objawy zajęcia wyrostka sutkowego. Jednak te wczesne objawy znikają, a niebezpieczeństwo powikłań tworzy się dopiero wówczas, gdy proces zapalny przechodzi ze śluzówki komórek na kość. Dlatego też kliniczne objawy zajęcia wyrostka sutkowego należy inaczej oceniać na początku ostrego zapalenia ucha środkowego i w dalszym jego przebiegu, gdyż mają one różne podłoże anatomopatologiczne, które przecież jest podstawą naszego postępowania.

Neumann radzi dlatego tym wczesnym objawom klinicznym nadać nazwę „mastoiditis“ w odróżnieniu od późniejszych, charakteryzujących schorzenie kości wyrostka sutkowego, które nazy-

wa „osteitis". Podobnie *Fischer* i *Alexander* wprowadzają termin „mastoidimus" dla wczesnych objawów klinicznych, w odróżnieniu od późniejszych objawów schorzenia wyrostka sutkowego noszących właściwą nazwę „mastoiditis".

Zasadniczo wskazania do wkroczenia operacyjnego określa się na podstawie objawów klinicznych. Prócz objawów klasycznych istnieje szereg spostrzeżeń i objawów klinicznych wspomagających nasze rozpoznanie.

Zalewski wskazuje jako na pewny objaw ropnego zapalenia wyrostka sutkowego, jeżeli nagle wypływa z chorego ucha większa ilość ropy przy przechyleniu głowy chorego. *Barwich* i *Hardt* operują gdy po przemyciu ucha przewód zewnętrzny znowu napełnia się ropą w ciągu następnych 10—15 minut.

Gurcio Gaetano obserwował w ostrym zapaleniu ucha środkowego rozszerzenie lub zwężenie źrenicy oka po stronie chorej, uważając to jako wyraz podrażnienia lub porażenia włókien sympatycznych przebiegających w jamie bębenkowej. Objaw ten uważa autor za wskazanie do szybkiej interwencji chirurgicznej.

Zdaniem większości operować należy o ile istnieją podstawy do sądzenia, że mamy do czynienia z ropnym zapaleniem wyrostka sutkowego i istnieje obawa, że przy dalszym wyczekiwaniu mogą wystąpić pewne powikłania. Zbytnie zresztą wyczekiwanie wystąpienia wyraźnych objawów klinicznych zajęcia kości, a zwłaszcza przerwania ropy na zewnątrz jest bezcelowe i niebezpieczne. Często późna operacja może stać się zbyt późną z powodu tego, że proces zapalny może przedostać się do okolic trudno dostępnych dla operatora lub też może doprowadzić do ogólnej infekcji albo do powikłań wewnątrzczaszkowych. Dlatego też, zdaniem *O. Mayera* znalezienie w odpowiednim czasie wskazań do zabiegu operacyjnego stanowi swego rodzaju sztukę. Należy przy tym zaznaczyć, że wskazania muszą być bardzo ściśle opracowane i że nie można operować bez ścisłych wskazań li tylko dlatego, że sam zabieg operacyjny jest mało niebezpieczny.

Większość autorów *(Uffenorde, Schwarze K., Kompaniejec, Coulet, Mayer)* podkreśla. że nie należy stwarzać szablonu oraz określać wskazania do operacji czasem trwania choroby; należy każdy przypadek indywidualizować biorąc pod uwagę zarówno obraz kliniczny jak i dane badań pomocniczych. Mimo tej dążności do osobniczego traktowania każdego przypadku, starano się

ująć schematycznie wskazania do zabiegu operacyjnego. Dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć schematyczne ujęcie wskazań podane przez niektórych autorów.

Stenger dzieli wskazania do operacji na: I. bezwzględne i II. względne. Do grupy I. zalicza: 1. prztoki na wyrostku sutkowym. 2. ropnie podokostnowe, 3. nacieczenie miękkich części na wyrostku sutkowym oraz bolesność przy ucisku, 4. znaczne opuszczenie tylno-górnej ściany przewodu: do grupy II. zalicza: 1. bolesność przy ucisku, która powstała wcześnie i nie ustępuje lub powstała późno, 2. wysoka ciepłota ciała, która nie spada i niczym innym wytłumaczona być nie może, 3. utrzymujący się obfity wyciek ropny, zwłaszcza o ile błona bębenkowa nie wykazuje tendencji do zblednięcia lub sutkowato uwypukla się, 4. wyraźne pogorszenie ogólnego stanu chorego.

Podobnie *Lewin* dzieli wskazania do operacji na I. bezwzględne i II. względne. Do I. zalicza: 1. najmniejsze objawy dające podejrzenie na poczynające się powikłanie wewnątrzczaszkowe lub wskazujące na ogólną infekcję i 2. obecność ropnia podokostnowego; do II. zalicza przypadki, które umieszcza w dwuch grupach: a) przypadki z objawami przedmiotowymi i podmiotowymi wskazującymi na udział wyrostka sutkowego w procesie zapalenia, jako to: zapalenie okostny, opuszczenie tylno-górnej ściany przewodu, długotrwałość schorzenia, ogólny stan chorego i t. d.: b) przypadki, w których objawy przedmiotowe i podmiotowe ze strony wyrostka sutkowego są słabo wyrażone, lecz przebieg zapalenia ucha środkowego może wskazywać na zajęcie wyrostka sutkowego, a więc: obfity wyciek poddający się trudno leczeniu, niedowład nerwu twarzowego i t. d. Inni natomiast *Denker* i *Albrecht, Cytowicz, Danelius* i inni) są dania, że wystąpienie niedowładu nerwu twarzowego i nerwu odwodzącego dają wskazania do niezwłocznego wkroczenia operacyjnego.

Podług *Hirscha C.* wskazania do operacji mogą powstać ze strony: 1. przewodu słuchowego i błony bębenkowej przy oglądaniu i badaniu ich czynności, 2. wyrostka sutkowego przy oglądaniu, obmacywaniu, opukiwaniu i przeświecaniu go. 3. różnego rodzaju powikłań i 4. z ogólnego stanu chorego. Przy czym objawy dotyczące dwuch pierwszych punktów stanowią wskazania względne, punktu trzeciego — bezwzględne, punktu zaś czwartego mogą być zarówno względne jak i bezwzględne.

Na znaczenie wyglądu błony bębenkowej szczególną uwagę zwraca *Lüscher,* który przy pomocy przez siebie zbudowanego mikroskopu usznego dokonywał badań, na zasadzie których opierał swe wskazania do zabiegu operacyjnego. Przytoczone zdania są małą cząstką istniejących i stanowią jedynie dowód tego, że poszukiwania wskazań do operacji idą różnymi drogami i są bardzo trudne, a niekiedy nawet i niemożliwe do określenia tylko na podstawie objawów klinicznych. Jasną jest rzeczą, że moment przejścia sprawy zapalnej ze śluzówki na kość jest decydującym i mającym znaczenie w rozpoznaniu schorzenia wyrostka sutkowego; obserwacja zaś przebiegu tego daje nam możność uchwycenia właściwego czasu do wkroczenia operacyjnego.

Dla stwierdzenia więc momentu przejścia sprawy zapalnej na kość wyrostka sutkowego zaproponowano cały szereg badań pomocniczych.

Forselles zwrócił uwagę na to, że w razie rozpoczynającego się zapalenia w kości zwiększa się ciężar właściwy ropy wyciekającej z ucha. *Vermes* i *Bügel* przypisują znaczenie badaniom zawartości wapnia we krwi: radzą oni przeprowadzać wielokrotne badania, dzięki którym wspomagają wskazania do zabiegu operacyjnego. *Oyama Takuro,* oraz amerykańscy badacze *Friesner* i *Rosen* stwierdzili zwiększenie zawartości wapnia w ropie wyciekającej z ucha środkowego, w razie wystąpienia procesu resorbcji kości [1]).

Duże znaczenie przypisuje się badaniu krwi. Zachowanie się obrazu białych ciałek krwi w ostrym zapaleniu ucha środkowego stanowi przedmiot licznych badań (*Hesse, Heidemann, Wąsowski, Roseno, Kumpt, Strümpl, Spira, Kaiser* i wielu innych). Przy czym duże znaczenie przypisuje się nie tyle ilości białych ciałek krwi lecz obrazowi *Schillinga,* zwracając szczególną uwagę na przesunięcie w lewo, zwiększenie ilości obojętnochłonnych i kwasochłonnych. W klinice Otolaryngologicznej w Wilnie w celu pogłębienia dotychczasowych wyników przeprowadzono próbę *Żebrowskiego,* istota której polega na reakcji szpiku kostnego na pozajelitowe wprowadzenie nukleinianu sodu. Reakcja ta objawiająca się zmianą liczby leukocytów, neutrofilii i przesunięciu w lewo zna-

[1]) W Klinice Otolaryngologicznej w Wilnie badania nad zawartością wapnia w ropie przeprowadzał Dr P. Czeladzin.

lazła zastosowanie w określaniu wskazań do zabiegu operacyjnego w powikłaniu ostrego zapalenia ucha środkowego [2]).

Ostatnimi czasy nabiera coraz większego znaczenia w otiatrii rentgenografia. W większości przypadków zdjęcie promieniami Rentgena stanowi znaczną pomoc w znalezieniu wskazań do operacji na wyrostku sutkowym. Należy powtórzyć zdanie tych (*Steurer, Felgner, Thiepont* i inni) którzy uważają, że radiogram kości skalistych ma duże znaczenie jako objaw pomocniczy, który równolegle do całego obrazu klinicznego i innych objawów pomocniczych może oddać cenne usługi w rozpoznaniu schorzenia wyrostka sutkowego. Nie wchodząc w szczegóły tego zagadnienia, stanowiącego samo przez się temat do bardzo obszernych rozważań, musimy jednak, zgodnie z *Thiepont* i innymi, podać, że przy świeżych zapaleniach ucha środkowego rentgenogram nie daje żadnych wskazówek i może jedynie służyć do porównania ze zdjęciami dokonanymi później. Zdjęcie dokonane u dzieci do 8-go roku życia jest mało miarodajne, w wieku zaś późniejszym proces sklerotyczny w kości może być przyczyną mylnej interpretacji. Im mniejszy jest rozwój komórek wyrostka sutkowego tym trudniejsze jest wyciąganie wniosków z rentgenogramu. Oczywistym jest, że istnienie bezwzględnych klinicznych wskazań do zabiegu operacyjnego czyni zdjęcie promieniami Rentgena wogóle zbędnym. Dla ułatwienia rozpoznania zajęcia wyrostka sutkowego i określenia czasu wkroczenia operacyjnego badał *Zalewski* przewodnictwo ciepła wyrostka sutkowego, opierając się na spostrzeżeniu, że przewodnictwo ciepła w wyrostku sutkowym znajdującym się w stanie zapalnym jest gorsze, aniżeli w normalnym. Przy czym wskaźnik przewodnictwa ciepła podany przez *Zalewskiego* w przypadkach nie odbiegających od normy nie przekracza 4, wyższy zaś wskaźnik przemawia za większymi zmianami w wyrostku sutkowym i określa przypadek jako nadający się do zabiegu operacyjnego. Późniejsze badania *Dobrzańskiego, Dylewskiego* i *Szumowskiego*, wprowadzające niektóre zmiany w sposobie wykonania samej próby, potwierdzają jej znaczenie dla określania wskazań do operacji na wyrostku sutkowym.

Jako rozpoznawczy objaw pomocniczy wymienia *Körner* opukiwanie wyrostka sutkowego, zwłaszcza o ile wystąpiło stłumienie wypuku w miejscu, gdzie przedtem był wypuk jawny.

[2]) Badania Dra B. Tołczyńskiego.

Miodoński zwraca uwagę na znaczenie osłuchiwania wyrostka sutkowego dla określania wskazań do operacji.

Dintenfass przypisuje zaś znaczenie prześwietlaniu wyrostka sutkowego przy pomocy specjalnych lamp.

Jednym z kardynalnych objawów zapalenia jest podwyższenie ciepłoty narządu znajdującego się w stanie zapalnym — calor localis. Przypisujemy duże znaczenie ciepłocie ciała w rozmaitych cierpieniach. Sądząc z przebiegu temperatury stawiamy często rozpoznanie, wspieramy nasze rokowanie, a niekiedy opieramy nasze wskazania do zabiegu. Obrazowi ciepłoty ciała w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego przypisuje się duże znaczenie diagnostyczne, opierając również w dużej mierze na tym objawie wskazania do operacji *(Beck, Maliutin, Schiessl).*

Pomimo więc poświęcenia tak znacznej uwagi ogólnej ciepłocie ciała nie bierze się pod uwagę, że przede wszystkim miarą nasilenia i rozległości zmian zapalnych toczących się w jakimś narządzie będzie ciepłota tego narządu.

Za cel niniejszej pracy obraliśmy stwierdzić jaka jest ciepłota okolicy skóry ucha u ludzi ze zdrowymi uszami, oraz czy i w jakim stopniu ciepłota ta ulega zmianie w ostrym zapaleniu ucha środkowego bez powikłań i powikłanego schorzeniem wyrostka sutkowego.

Na drodze tej szukaliśmy jeszcze jednego objawu, który mógłby nam służyć pomocą w znalezieniu ścisłych wskazań do zabiegu operacyjnego.

Pomiary nasze przeprowadzaliśmy więc nie w samym narządzie dotkniętym sprawą zapalną, a w jego najbliższym sąsiedztwie; wychodziliśmy bowiem z założenia, że proces zapalny toczący się w kości wyrostka sutkowego musi dotyczyć również wyściełającej go okostny, która bezpośrednio przylega do skóry. Oczywistym jest, iż przekrwienie występujące w procesie zapalenia musi dotyczyć nie tylko naczyń kości wyrostka sutkowego, ale też i tkanek nad nim.

Sprawa ciepłoty skóry człowieka od dawna już zajmuje umysły zarówno fizjologów jak i klinicystów. Mimo łatwego stosunkowo dostępu do terenu badań, pomiary ciepłoty skóry napotykają na trudności czy to natury technicznej, czy to z powodu chwiejności i zależności ciepłoty skóry od najrozmaitszych czynników zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych. Do pomiarów ciepłoty skóry niezbyt nadają się zwykłe termometry rtęciowe.

Wprawdzie zmodyfikowanym przez siebie termometrem rtęciowym *Görtner* dokonywał bardzo ścisłych pomiarów ciepłoty skóry, dokładność których sięga według *Cobeta* do 0,2⁰. Nie wdając się w szczegóły dotyczące fizjologii tej sprawy zaznaczymy, że dzięki wynalezieniu ciepłomierzy elektrycznych możemy dokonywać bardzo dokładnych i szybkich pomiarów ciepłoty skóry. Zasada tych przyrządów opiera się na wykorzystaniu różnicy potencjałów ogniw termoelektrycznych; różnicę tę wykazuje galwanometr. Pomiary ciepłoty skóry mogą być przeprowadzone bardzo szybko, gdyż ogniwo pomiarowe przyciska się do skóry na czas obliczony w sekundach (w naszych badaniach 30″). Miejsce poddane pomiarom ciepłoty musi być dokładnie oznaczone, zwłaszcza o ile mamy nasze pomiary powtórzyć w tym samym miejscu.

Przeciętna ciepłota skóry jest stosunkowo dość trudna do ustalenia, bowiem wchodzą tu w grę rozmaite czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, wpływające na powstanie stosunkowo dużych wahań.

Duży wpływ na ciepłotę skóry okazują: wiek, praca fizyczna, pora dnia, ubranie, czynniki psychiczne i inne. Dużo zależy też od przewodnictwa samej skóry, które wzrasta pod wpływem wilgoci. Ciepłota skóry posiada swoją topografię i mierzona w tych samych warunkach wykazuje znaczne różnice w rozmaitych okolicach ciała. Różnice te zależą głównie od unaczynienia danego miejsca skóry, od grubości tkanki podskórnej, a zwłaszcza od podkładu tkanki tłuszczowej. W miejscach, gdzie swobodne promieniowanie jest trudne i gdzie znajduje się bogata i obficie rozgałęziona sieć naczyń krwionośnych (np. pod pachami) ciepłota skóry jest wyższa. Przeciwnie w miejscach ubogo unaczynionych nad kośćmi i ścięgnami, gdzie temperatura jest niższa. Podobnie w miejscach zawierających większe podkłady tłuszczu, który jak wiadomo jest złym przewodnikiem ciepła, ciepłota skóry jest mniejsza. Wystające części ciała, np. nos, ucho, mają nieco niższą temperaturę; owłosienie natomiast wpływa na podwyższenie ciepłoty skóry. Z pośród zwykle obnażonych części ciała skóra czoła posiada najwyższą ciepłotę (34⁰ C); szczegół ten nie znajduje dostatecznego wytłumaczenia *(Loewy* i *Dorno).* Znaczny wpływ na ciepłotę skóry wywiera również temperatura otoczenia *(Zondeck).* Pomimo trudności uzyskania absolutnych wartości ciepłoty skóry, można stwierdzić jednak pewną stałość ciepłoty miejsc ściśle oznaczonych *(Straus, Seligmann).* Stałość ciepłoty objawia się zwłasz-

cza w symetrycznych miejscach ciała: wahanie ciepłoty miejsc symetrycznych jest zdaniem badaczy tylko nieznaczne *(Cobet i Bramigk, Mienicki).*

Próby wykorzystania elektrotermicznych pomiarów ciepłoty skóry w celach klinicznych były robione. Z badaczy polskich sprawą tą zajmowali się *Michałowicz* i *Mienicki.*

Zastosowanie pomiaru ciepłoty miescowej w dziedzinie otolaryngologii było dotychczas małe *(Sommer, Döderlein, Schmidt i Kairies, Becker, Nabuatsu, Karashima).* Jeszcze mniej zajmowano się sprawą miejscowej ciepłoty ucha w ostrym jego zapaleniu. *Becker* jest zdania, że pomiary ciepłoty w przewodzie zewnętrznym ucha w ostrych stanach zapalnych mogą oddać duże usługi diagnostyczne. Pomiary te autor przeprowadzał przy pomocy specjalnego termometru. *Politzer* podaje, że podwyższenie ciepłoty na wyrostku sutkowym w porównaniu ze stroną zdrową jest cennym objawem dla rozpoznania mastoiditis, nie podaje przy tym sposobu badania. Dokładniejsze badania przeprowadzał *Nabuatsu Karahsima* mierząc ciepłotę błony bębenkowej w ostrym zapaleniu ucha środkowego, oraz ciepłotę śluzówki jamy bębenkowej w cierpieniach przewlekłych. Pomiarów tych dokonywał przy pomocy przyrządu termoelektrycznego, przy czym do pomiarów tych w miejscach tak głęboko położonych używał specjalnie przez siebie skonstruowanego ogniwa termicznego.

W naszych badaniach posługiwaliśmy się przyrządem termoelektrycznym wyrobu fabryki Siemens [3]).

Jest to miliwoltomierz bardzo precyzyjny, który może być użyty jako wskazówkowy lub jako rejestracyjny. W naszych badaniach posługiwaliśmy się nim jako wskazówkowym. Budowa przyrządu jest następująca: w polu stałego silnego magnesu zawieszona jest mała cewka, która obraca się dokoła swej osi pionowej pod wpływem nawet bardzo słabego przepływającego prądu. Obrót cewki, czyli jej odchylenie od zera można odczytać na skali, stanowiącej łuk koła poziomego, którego środek znajduje się w osi obrotu cewki.

Przy pomocy odpowiedniej skali można odczytać T° z dokładnością do 0.05°. Dla otrzymania napięcia, które mamy odczytać przy pomocy opisanego miliwoltomierza dotykamy do skóry miejsca badanego ogniwem.

[3]) Przyrząd wypożyczony nam dzięki uprzejmości P. Kierownika Kliniki Dermatologicznej U. S. B., za co w tym miejscu wyrażam podziękowanie.

Ogniwo to jest zbudowane z dwóch cienkich drucików: konstantanowego i miedzianego, izolowanych od siebie i umieszczonych w szklanej rurce, którą można trzymać w ręce w czasie dokonywania pomiarów.

Końce tych dwóch drucików, oraz miejsce ich zlutowania wystają z rurki; w miejscu tym jest przylutowana do obydwu drucików blaszka srebrna o powierzchni około 3 mm^2. Powierzchnią tej blaszki dotykamy do skóry w miejscu, którego ciepłotę mamy zamiar zmierzyć.

Dotykać należy lekko nie wywierając ucisku, aby nie spowodować przeszkód w dopływie krwi do miejsca badanego. Drugie miejsce zlutowania takichże drucików, a więc drugie ogniwo, powinno posiadać ciepłotę stałą. W tym celu jest ono umieszczone w termosie napełnionym oliwą, temperaturę której możemy w każdej chwili zmierzyć przy pomocy termometru wstawionego do termosu. Napięcie powstaje wskutek tego, że dwa miejsca zlutowania różnorodnych drucików w chwili pomiarów posiadają rozmaitą temperaturę. Wobec czego powstaje różnica potencjałów, która jest proporcjonalna do różnicy temperatur miejsc mierzonych. Mierząc więc napięcie otrzymujemy tym samym miarę wielkości różnicy temperatur tych miejsc. Ponieważ ciepłota jednego z tych miejsc jest stała (T^0 oliwy w termosie) i może być przez nas odczytana w chwili dokonywania pomiarów, przeto określenie ciepłoty drugiego miejsca podlegającego pomiarowi może być uskutecznione przez dodanie różnicy temperatur, odczytanej na skali, do temperatury stałej (o ile ciepłota stała jest mniejsza od ciepłoty miejsca mierzonego). Pomiary nasze dokonywaliśmy na ściśle określonych miejscach skóry, a mianowicie: 1. na dołku sutkowym, 2. na szczycie wyrostka sutkowego, 3. na tylno-górnej ścianie przewodu w odległ. 2 cm od wejścia i 4. na skrawku małżowiny usznej.

Badanie przeprowadzaliśmy stale w tym samym pokoju, przy temperaturze około 16^0 C., przeważnie o tej samej porze rannej. Mierzyliśmy ciepłotę w pozycji siedzącej chorego, oznaczając bardzo dokładnie miejsce podlegające badaniu.

Badania porównawcze ciepłoty skóry przeprowadzaliśmy przede wszystkim na osobnikach ze zdrowymi uszami. W ten sposób mieliśmy na celu ustalić stopień wahania ciepłoty w warunkach przeprowadzanego przez nas doświadczenia, aby ustalić granicę dopuszczalnego błędu.

Zbadaliśmy 60 osobników ze zdrowym narządem słuchu, w wieku od 9—57 lat; w tym kobiet 27, mężczyzn 33.

Tablica przypadków nieoperowanych

Liczba przyp.	Data wstąpienia Nr. ks. chor.	Nazwisko i imię	Wiek	Płeć	Rozpoznanie	Jak długo cierpi na ucho	Stan kliniczny	Podwyższenie ciepłoty po stronie chorej			Uwagi
								Fm.	Ap.	Mt.	
1	15 III 35 325	Z.M.	32	♀	Otit. med. pur. ac. dext	7 tyg.	Wyrostki sutkowe nieduże. Fm słabo zazn., wyciek nieobfity	2,5	2,2	1,1	
						6 dni potem	Wyciek utrzymuje się; stan podgorączkowy	1,1	1,0	0,5	
						7 dni potem	Wycieku brak, poprawa słuchu	0,7	0,5	0,6	
4	28. III 35 351	M.S.	37	♂	Otit. med. pur. ac. dext.	6 dni	Wyrostki duże. Fm. głębokie, wyciek nieobfity	0,9	0	0,2	
8	14. IV 35. 373	B.B.	40	♀	Otit. med. pur. ac. dext.	8 dni	Wyrostki sutkowe duże. Fm. wyraźne, wyciek obfity, bolesność na ucisk	0	0	2,3	
						2 dni potem	Wyciek utrzymuje się obfity	0,2	0	1,8	
						2 dni potem	Wyciek mniejszy	0,8	0,7	0,9	
						3 dni potem	Wyciek skąpy, poprawa słuchu	0,9	0,7	0,8	
13	20. X. 35. 86	B.O.	35	♀	Otit. med. ac. smpl. sin. Myringitis	2 tyg.	Błona bębenk. czerw. uwypukl., lekka bolesność wyrostka	0,6	0	0,4	
14	2 XI. 35. 93	G.R.	9	♂	Otit. med. pur. ac. sin.	8 dni	Fm płytkie, wyrostki duże, obfity wyciek, wyrostek bolesny	2,0	0,3	3,3	
						3 dni potem	Wyciek mały, poprawa słuchu	1,1	0	0,5	
16	15. XI. 35. 119	M.W.	17	♂	Otit. med. ac. smpl., sin	7 dni	Fm. głębokie, błona bębenkowa zaczerwieniona, uwypuklona	0,5	—0,2	0,6	
18	19 XI. 35 130	K.C.	13	♂	Otit. med. pur. ac. sin.	4 tyg.	Fm. głębokie, obfity wyciek	2,7	1,0	2,6	
						4 dni potem	Wyciek mniejszy, poprawa	2,5	2,2	1,2	
						5 dni potem	Wycieku brak, poprawa	1,2	0,5	1,1	
24	10. XII. 35 166	R.H.	15	♂	Otit. med. pur. ac. sin.	8 dni	Fm. głębokie; wyciek nieobfity błona bębenkowa uwypuklona	0,7	0,9	0,6	

(Ciąg dalszy tablicy)

Liczba przyp.	Data wstąpienia Nr. ks. chor.	Nazwisko i imię	Wiek	Płeć	Rozpoznanie	Jak długo cierpi na ucho	Stan kliniczny	Podwyższenie ciepłoty po stronie chorej Fm.	Ap.	Mt	Uwagi
25	11 XII.35 169	K. O.	19	♂	Otit. med. pur. ac. dext.	8 dni	Fm. bardzo głębokie, wyciek ropno-krwisty obfity, znaczne osłabienie słuchu	0,4	0,6	0	
						7 dni potem	Wyciek skąpy, poprawa słuchu	0,7	0	0,6	
28	30 XII 35 193	B E.	20	♂	Otit. med. ac. pur. dext.	8 dni	Fm. głębokie, błona bębenkowa czerwona, wyciek obfity	2,6	1,9	1,8	
						4 dni potem	Wycieku brak, poprawa słuchu	1,7	0,9	0,6	
						7 dni potem	Wycieku brak, poprawa	0,9	0,3	1,2	
29	4 I. 36. 199	Z. S.	3	♂	Otit. med. pur. ac. sin.	3 tyg.	Fm. głębokie, błona bębenkowa czerwona, uwypuklona	2,1	1,3	2,1	Paracenteza
						9 dni potem	Wyciek nieobfity	0,9	0,8	0,6	
30	3. I 36. 197	K I.	63	♂	Otit. med. pur. ac. sin.	8 tyg.	Fm. niegłębokie, błona bębenkowa czerwona, wyciek skąpy, wyrostek lekko bolesny	0,6	1,4	1,4	
						6 dni potem	Wycieku brak, słaba popr. słuchu	0,8	0,6	0,5	
36	5. II. 36 250	K. S	10	♂	Otit. med. ac. smpl. bilat.	12 dni	Błony bębenkowe obie zaczerw., osłabienie obustronne słuchu,	po stronie prawej +1,0	−0,3	+1,0	
37	4. II. 36. 246	M. S	28	♂	Otit. med. pur. ac. bilat.	10 dni	Fm. głębokie, obfity wyciek po str. prawej i skąpy po str. lewej	po stronie lewej 1,2	0	0,7	
						3 dni potem	Stan bez zmian	1,9	0	0	
						4 dni potem	Po stronie prawej wyciek utrzymuje się, po stronie lewej wycieku brak, poprawa	1,6	0,8	0,3	
40	13. II. 36. 263	I. I.	13	♂	Otit. med. ac. pur. dext.	7 dni	Fm. niegłęb., błona bębenkowa czerw. uwypukl., wyciek skąpy	1,2	0,8	0,3	Paracenteza
						5 dni potem	Wyciek obfity	1,2	0,7	0,5	
						4 dni potem	Wyciek skąpy, poprawa słuchu	0,5	0,7	0,6	

42	14.III.36. 316	M.S.	24	♂	Otit. med. pur. ac. sin.	8 dni	Fm głębokie T^0. ciała 38,6, błona bębenkowa czerw. uwypuklona	0,7	1,1	0,8	Paracenteza i obfity wyciek
						8 dni potem	Wyciek skąpy, poprawa słuchu	0,6	0,2	0,3	
47	1[illegible].III.36. 312	K. I	14	♀	Otit. med. pur. ac. dext.	7 dni	Fm. niegłębokie, błona bębenk znacznie uwypuklona, wyciek obfity	2,5	0	2,7	Dnia poprzed. paracenteza
						4 dni potem	Stan bez zmian	2,9	0,5	1,9	
						8 dni potem	Wyciek nieobfity, lekka poprawa	1,9	0,5	1,9	
						5 dni potem	Wycieku brak, poprawa	0,3	0	0,7	
						5 dni potem	Znaczna poprawa	0,6	0	0,6	
49	25.III.36. 335	K.M.	4	♂	Otit. med. pur. ac. dext.	10 dni	Fm dość głębokie, błona bębenkowa czerwona wyciek skąpy tkliwość wyrostka sutkowego	0,6	0	0,6	
52	12.III 36 309	S.W	22	♀	Otit. med. pur. ac. sin.	14 dni	Fm. głębokie, wyciek obfity, tętniący, znaczne osłabienie słuchu, wyrostek bolesny	1,2	0,4	1,5	
						4 dni potem	Wyciek obfity, bolesności brak, stan ogólny lepszy	0	0,7	0	
53	2. IV. 36. 347	A. A.	25	♀	Otit. med. pur. ac. sin.	2 tyg.	Fm. płytkie, wyciek mierny, tętniący, wyrostek bolesny	1,5	0,2	1,9	
						5 dni potem	Wyciek nieobfity, tętnienie w uchu	1,1	0,5	1,7	
						6 dni potem	Wycieku brak, poprawa słuchu	0	1,1	0,5	
54	28.III.36. 339	H. A.	25	♀	Otit. med. pur. ac. sin.	7 dni	Fm. niegłębokie, wyciek obfity tętniący, znaczne osłabienie słuchu	0,5	1,0	0,7	
						7 dni potem	Wycieku brak, poprawa słuchu	0	0,3	0,6	
55	13.IV.36. 362	T. S.	34	♂	Otit. med. pur. ac. sin.	11 dni	Fm. niegłębokie, znaczne osłabienie słuchu, wyciek obfity, Bolesność na szczycie	1,3	0	0,5	
						6 dni potem	Wyciek mniejszy, poprawa słuchu, bolesności brak	0,3	0	0,8	
						5 dni potem	Wycieku brak, poprawa	0,7	0,3	0,5	

T a b l i c a p r z y p a d k ó w o p e r o w a n y c h

Liczba przyp	Data wstąpienia Nr. ks. chor	Nazwisko i imię	Wiek	Płeć	Rozpoznanie	Jak długo cierpi na ucho	Stan kliniczny	Podwyższenie ciepłoty po stronie chorej			Co stwierdzono podczas operacji	Uwagi
								Fm.	Ap.	Mt		
2	1. IV 35 354	K. I.	47	♀	Otit. med pur ac. d. Mastoiditis Bezoldi	8 tyg.	Obfity wyciek, opuszczenie tylno-górnej ściany przewodu, obrzęk w okolicy szczytu	1,5	2,5	2,0	Duże zniszczenie w okolicy antrum i na szczycie	
3	26. III 35 345	B. M.	42	♀	Otit. med. pur. subac. sin, et otitis interna	12 tyg.	Wyciek skąpy, wyrostek bolesny, wymioty, zawroty głowy	3,0	0,5	1,1	Duży empyemat wyrostka, zmiany próchnicowe w okolicy tegmen antri i przewodu kostnego	Operatio radical. labyrinthectomia
5	12. IV. 35. 369	M. E	27	♀	Otit. med. pur. ac sin. Mastoidit. sin.	20 dni	Wyciek obfity, wyrostek lekko nacieczony, bolesny	2,2	1,2	2,5	Duże zmiany w okolicy tegm. antri i dokoła zatoki	
6	13 IV. 35 372	S. H.	26	♀	Mastoiditis ac. sin sine otorrhea	6 tyg.	Błona bębenkowa zaczerwien., opuszczenie tylno-górnej ściany, wyrostek nacieczony, bol.	3,3	1,0	1,8	Najwięk. zmiany w okol. antrum i tegmen antri, przetoka w okolicy Fm.	
7	15 IV. 35 374 i 430	G. I.	21	♀	Otit. med. pur. ac. sin Mastoiditis	3 tyg.	Wyciek obfity, wyrostek zlekka nacieczony, bolesny	2,0	0,8	3,2	Duże zmiany w całym wyrostku największe w okolicy antrum	
9	17. IV. 35. 384	T. G.	53	♀	Otit. med. pur. ac. dext. Mastoiditis	17 dni	Wyciek obfity, wyrostek bolesny	2,6	1,0	2,7	Duże zmiany ku tyłowi od antrum, na zatoce i na szczycie	
10	9 V. 35. 466	I. Ł.	20	♀	Otit med. pur. ac. sin. Mastoiditis	8 tyg.	Wyciek obfity, opuszcz. tylno-górnej ściany, wyr. bol. lekko naciek. na Fm	1,4	0	1,3	Największe zmiany ku tyłowi od antrum na zatoce	
11	24. V. 35. 460	S C	24	♀	Otit. med. pur ac. dext. Mastoiditis	3 tyg.	Wyciek obfity, lekki naciek wyrostka, bol.	3,0	1,3	1,8	Duże zmiany w kącie oponowo-zatokowym, w okolicy pokrywy antrum i na szczycie	

12	23. V. 35. 80	O. Z.	66	♀	Otit. med. pur. ac. sin. Mastoiditis	2 tyg.	Wyciek bardzo obfity i bolesność wyrostka na szczycie	1,1	1,8	3,5	Duże zmiany ku tyłowi od antrum na zatoce i kostnej ścianie przew.
15	8. XI. 35. 107	W. Z.	7	♂	Otit. med. pur. ae. dext. Mastoiditis	2 tyg.	Obfity, tętniący krwistoropny wyciek z ucha	1,3	2,0	2,1	Duże zmiany w tegm. antri, w kącie oponowo zatokowym i na szczycie
17	19. XI. 35. 128	C. B.	60	♀	Otit. med. pur. ac. dext. Mastoiditis. Furunculosis meati acust. ext dext	3 tyg.	Czyraki w wejściu do przewodu wyciek bardzo obfity wyrostek bolesny na ucisk	3,7	1,9	4,0	Duże zmiany w okolicy antrum i na szczycie
19	20. XI. 35 180	I. W.	7	♂	Otit. med. ac. pur. sin. Mastoiditis	18 dni	Wyciek nieobfity, uwypuklenie t. ściany przewod.	2,0	0,5	2,0	Duże zmiany dookoła antrum i na szczycie
20	22. XI 35 138	I. B.	28	♂	Mastoiditis ac dext. sine otorrhea	4 tyg.	Błona bębenk. zgrubiała, zaczerwien. — wyrostek sutkowy naciecz., bol.	1,9	2,0	3,6	Duże zmiany na szczyeie i dokoła antrum
21	28. XI. 35. 146	D. H	6	♀	Otit. med. pur. ac bilat. Mastoiditis bilat.	6 tyg.	Obfity wyciek obustronny Prawy wyrostek bolesny	po stronie prawej 0,7	0,4	0,6	Operacja po stronie prawej. Duże zmiany w okolicy antrum	po 2 tyg. operacja po stron. lewej
22	28. XI. 35 148	Z. S	23	♀	Otit. med. pur ac dext. Mostoiditis	7 dni	Obfity wyciek i ciepłota ciała do 38° C	1,1	0,6	2,5		
						6 dni potem	Obfity wyciek tętniący, ciepłota ciała N.	2,6	3,2	3,3		nazajutrz obrzęk za uchem, operacja
						7 dni potem	Wyc. mały, popr. słuch. znaczna popr. klinicz.	1,6	1,4	2,8	Duże zmiany w okolicy antrum i na szczycie	
23	30. XI. 35 152	R. H.	9	♀	Otit. med. pur. ac. dext. Mastoitidis	2 tyg.	Wyciek obfity, opuszcz. tylno-górnej ściany, nacieczenie wyrostka na szczycie, bolesność	0,	0,8	1,2	Duże zmiany na szczycie i z tyłu od antr. na zatoce	
26	17. XII. 35 178	Ł. S.	29	♀	Otit. med. ac. pur dext. Mastoiditis	9 dni	Wyciek obfity, lekka bolesność wyrostka	0,9	0,5	2,1		
						5 dni potem	Wyciek bardzo obfity, wyrostek z lekka bolesny	2,7	1,4	2,3		
						6 dni potem	Wyciek obfity, tętniący, bolesn. wyrostka niema	1,2	0,7	1,2		
						7 dni potem	Wyciek trochę mniejszy, wyrostek sutkowy tkliwy	2,2	1,8	1,9	Duże zmiany w okolicy antrum i na szczycie	

(Ciąg dalszy tablicy)

Liczba przyp.	Data wstąpienia Nr. ks. chor.	Nazwisko i imię	Wiek	Płeć	Rozpoznanie	Jak długo cierpi na ucho	Stan kliniczny	Podwyższenie ciepłoty po stronie chorej			Co stwierdzono podczas operacji	Uwagi
								Fm.	Ap.	Mt.		
27	19 XII.35 183	K. R	48	♀	Otit. med pur. ac dext. Mastoiditis	11 dni	Wyciek obfity, bolesny, wyrost. naciecz. bolesny	3,4	0,7	2,9	Niewiadomo	była operowana poza kliniką
						5 dni potem	Wyciek obfity, naciecz. brak, lekka bolesność	3,0	2,0	1,6		
31	12. I 36. 213	W. I. E	17	♀	Mastoiditis ac. dext sine otorrhea	3 tyg.	Błona bębenk. czerwona, uwypukl.; opuszczenie tylno-górnej ściany, wyrostek naciecz. bolesny	3,9	1,5	2,0	Przetoka na Fm. Bardzo duże zniszczenie w okolicy antrum i na szczycie	
32	14. I. 36 217	G. R	19	♀	Otit med pur ac dext. Mastoiditis	4 tyg.	Wyciek obfity, opuszcz. tylno-górn. ściany, lekki naciek na szczycie wyrostka, silna bolesność	1,9	2,8	3,5	Ropień podokostnowy u podstawy wyrostka. Duży empyemat na szczycie	
33	15. I. 36. 219	Ż. M	15	♀	Otit. med. ac. pur. sin. Mastoiditis	4 tyg.	Wyciek obfity, bolesność wyrostka, ciepłota ciała do 40° C	2,8	2,5	2,7	Duże zmiany, zwłaszcza na szczycie	
34	20. I. 36 225	C. P.	18	♂	Otit. med pur ac dext Mastoiditis	4 tyg.	Obfity wyciek, naciecz. wyrostka na szczycie	2,7	1,3	3,4	Bardzo duże zmiany martwicze na szczycie i ku tyłowi od antrum	
35	3 II. 36. 243	K. W.	26	♂	Mastoiditis ac. sin. sine otorrhea	kilka tyg.	Znaczne upośledzenie słuchu, błona bębenk. czerwona, uwypuklona, przewód zewnętrzny obrzmiały, zwężony naciek u podst. wyrostka	5,0	4,0	2,6	Duże zmiany i zniszcz. w okolicy antrum i na szczycie	
38	7. II 38 254	O. M.	8	♂	Otit. med pur. ac. dext. Mastoiditis	4 tyg.	Wyciek obfity, tętniący, opuszcz. tylno-górnej ściany, bolesność wyrostka na Fm	1,0	1,0	2,6	Bardzo duże zmiany na szczycie i w okolicy antrum	

39	8 II. 36 256	G. I.	21	♀	Otit. med. pur. ac. sin. Mastoiditis	6 tyg.	Wyciek obfity, wyrostek nacieczony, bolesny	3,5	2,6	1,9	Bardzo duże zmiany na szczycie (przetoka) i dokoła antrum.	
41	3. III. 36 292	Ł. S.	30	♂	Otit. med. pur. ac. sin. Mastoiditis	8 tyg.	Wyciek obfity, tętniący, lekkie opuszcz. tylno-górnej ściany przewodu	3,2	3,2	2,0	Duże zniszczenie w antrum i na szczycie	
43	1936 Oddział wojskowy	C. I.	22	♂	Otit. med. pur. ac. sin. Mastoiditis	8 tyg.	Obfity wyciek ropny	2,7	1,3	3,4	Duże zmiany ku tyłowi od antrum	
44	1936 Oddział wojskowy	P. M.	22	♂	Otit. med. pur. ac. sin. Mastoiditis	kilka tyg.	Wyciek obfity, bolesność wyrostka na ucisk	2,8	1,7	3,2	Duże zmiany zwłaszcza w okolicy szczytu	
45	1936 Oddział wojskowy	M. S.	23	♂	Otit. med. pur. ac. dext. Mastoiditis dext. Otit. med. pur. chr. sin.	kilka tyg.	Obfity wyciek z ucha prawego, wyrostek sutkowy prawy nacieczony zlekka bolesny, w uchu lewym centr. perforacja	po stronie prawej 1,1	0,3	0	Duże zmiany w okolicy szczytu	
46	1936 Oddział wojskowy	G. P.	22	♂	Otit. med. pur. ac. sin. Mastoiditis	3 1/2 tyg.	Wyciek tętniący, obfity, wyrostek sutkowy bolesny na ucisk	3,3	1,0	2,5	Bardzo duże zniszczenie w całym wyrostku, zwłaszcza na szczycie	
48	7. III. 36. 299	I. S.	29	♀	Otit. med. pur. ac. sin. Mastoiditis sin. Otit. med. pur. chron. dext.	6 tyg.	Wyciek obfity, bolesność wyrostka na ucisk	3,4	1,9	2,0	Bardzo duże zmiany na szczycie, oraz w okolicy kości jarzmowej.	
50	15. II. 36. 265	K. B.	39	♂	Otit. med. pur. ac. dext. Mastoiditis (Apicitis)	4 tyg.	Znaczne upośledzenie słuchu, dość obfity wyciek ropny, bóle głowy	3,0	2,3	2,8	Duże zmiany na szczycie wyrostka i ku tyłowi na zatoce	W 12 dni późn. powt. operacja
51	26. III 36. 334	C. M.	9	♂	Otit. med. pur. ac. sin. Mastoiditis	2 tyg.	Obfity wyciek ropny, bóle głowy	1,9	1,2	0,8	Duże zmiany w okolicy tegmen antri i z tyłu na zatoce	
56	17. IV. 36. 374	B. I.	30	♂	Otit. med. ac. pur. sin. Mastoiditis	9 tyg.	Opuszcz. znaczne tylno-górnej ściany, zwężenie przew., wyrost. bolesny	2,5	1,5	1,7	Duże zmiany w tegmen antri i na szczycie	

Najniższa ciepłota skóry była na skrawku i wynosiła 20,4°, najwyższa zaś w przewodzie 33,1°.

Stosunki te ilustruje następująca tablica:

20,4° ..... Tr ..... 26,7° C.
26,3 ..... Ap 31,9
26,7 ..... Fm 32,5
27,2 ..... Mt 33,1

(Znaczenie skrótów: Tr. — skrawek małżowiny usznej, Ap. — szczyt wyrostka sutkowego, Fm. — dołek sutkowy, Mt. — przewód słuchowy zewnętrzny).

Na ogół biorąc osobniki młodsze wykazywały przeważnie ciepłotę skóry wyższą od osobników starszych. Najmniejsze wahania ciepłoty otrzymywano na wyrostkach o wyraźnym zagłębieniu dołka sutkowego. Tłumaczy się to prawdopodobnie ściślej symetrycznym ustawieniem ogniwa możliwym na wyrostkach o wyraźnej budowie anatomicznej.

Ogółem dokonano 240 symetrycznych pomiarów ciepłoty skóry. Ciepłota skóry nie wykazywała różnicy między stronami we wszystkich mierzonych punktach tylko w dwóch przypadkach. Poza tym otrzymano następujące wyniki:

od 0,1° — 0,5° w 40 przypadkach
0,6° — 1,0° w 11 przypadkach
1,1° — 1,5° w 6 przypadkach
1,6° — 2,0 w 1 przypadku.

Najczęstsze różnice ciepłoty między stronami wykazywały pomiary na szczycie — 38 razy, najrzadsze w przewodzie — 20 razy.

Szczegółowe dane ilustruje następujące zestawienie:

	Do 0°	0,1—0,5	0,6—1,0	1,1—1,5	1,6—2,0	
Ap.	22	24	10	3	1	38
Fm.	24	30	5	1	0	36
Tr.	39	19	1	1	0	21
Mt.	40	15	4	1	0	20
	125	88	20	6	1	

Należy zaznaczyć, że podwyższenie ciepłoty skóry nie zawsze było we wszystkich mierzonych punktach po jednej stronie; przeważnie dotyczyło różnych punktów z różnych stron, np. z jednej

strony na szczycie, po przeciwnej zaś w przewodzie lub na dołku sutkowym.

Porównując ciepłotę skóry miejsc symetrycznych u osób zdrowych możemy stwierdzić, że przeważnie utrzymuje się ona na jednym poziomie. W większości pomiarów (213 na 240) różnice ciepłoty skóry między stronami nie przekroczyły 0,5° C., stosunkowo dość często (20 na 240) wzniesienia ciepłoty sięgają do 1,0° C., rzadko zaś (7 na 240) przekraczają 1,0° C. Różnicę więc ciepłoty skóry do 1° C. przyjmujemy w dalszych naszych badaniach za dopuszczalną, w granicach błędu wytworzonego warunkami przeprowadzanych pomiarów. Natomiast większe różnice w porównawczych badaniach stron symetrycznych skóry okolicy ucha należy uważać za odchylenie od stanu prawidłowego.

Należy również zaznaczyć, że bezwzględne wartości ciepłoty skóry w mierzonych miejscach nie mogą być brane pod uwagę. Podobnie nie można było stwierdzić, aby którakolwiek ze stron wykazywała większą ciepłotę.

Pomiary ciepłoty skóry okolicy ucha przeprowadzono u 56 chorych, których zbadano 90 razy. Jednorazowo zbadano 37 chorych, kilka zaś razy (2—5) — 19 chorych .

Badani przez nas chorzy cierpieli na:

ostre proste zapalenie ucha środkowego . 2 przyp. (15, 16)
ostre ropne zapalenie ucha środkowego . 20 przyp.
powikłane zajęciem wyrostka sutkowego 30 przyp.
ostre ropne zapalenie wyrostka sutkowego bez wycieku z ucha . . . . . 4 przyp. (6, 20, 31, 35)

Z wyżej wymienionych 56 chorych 34 było operowanych.

Ogółem dokonano 360 symetrycznych pomiarów ciepłoty skóry u 56 chorych. Wśród pomiarów tych tylko w dziewięciu przypadkach różnica ciepłoty skóry mierzona na skrawku małżowiny usznej przekroczyła 1° C. Wobec tego pomiarów ciepłoty skóry na skrawku, jako mało odbiegających od normy dla jasności obrazu w dalszych naszych rozważaniach uwzględniać nie będziemy.

Z 34 przypadków operowanych było 20 kobiet i 14 mężczyzn, w wieku od 6 do 66 lat. Czas trwania cierpienia licząc do dnia, w którym przeprowadzono pierwsze badanie wynosił od 7 dni do 12 tygodni (w 3 przypadkach dokładnego czasu trwania choroby

ustalić nie można było). Jednorazowo zbadano 31 chorych, trzech zaś po kilka razy (2—4).

Jednostronnego zapalenia ucha środkowego było 31 przyp.
w tym prawostronnego . . . . 16 przyp.
lewostronnego . . . . 15 przyp.
obustronnego schorzenia był . . . . 1 przyp. (21).

Ostrego zapalenia ucha środkowego po jednej stronie przy jednoczesnym przewlekłym schorzeniu strony przeciwnej było dwa przypadki (45, 48).

Ogółem dokonano 120 symetrycznych pomiarów ciepłoty skóry (nie licząc pomiarów na skrawku) u 34 chorych operowanych, których badano 40 razy. We wszystkich badanych przypadkach otrzymaliśmy podwyższenie ciepłoty skóry w symetrycznie mierzonych miejscach po stronie chorej.

Wyniki te ilustruje następujące zestawienie:

	Fm.	Ap.	Mt.
Do 1⁰	3	11	3
1,1—1,5	5	8	3
1,6—2,0	6	8	11
2,1—2,5	3	3	3
2,6—3,0	9	2	6
3,1—4,0	7	2	8
> 4,0	1	0	0

(W przypadkach badanych kilkakrotnie uwzględniono dane ostatniego badania przed operacją).

Przyjmując, że podwyższenie ciepłoty skóry do 1⁰ C. jest w granicach dopuszczalnego błędu, z zestawienia powyższego wynika, że w 11 pomiarach brak podwyższenia ciepłoty skóry na szczycie wyrostka sutkowego, na dołku sutkowym zaś i w przewodzie tylko w 3 pomiarach. Zestawienie powyższe wykazuje, że na 102 symetrycznych pomiarów ciepłoty skóry u chorych z wyraźnymi objawami klinicznymi zajęcia wyrostka sutkowego tylko w 17 pomiarach podwyższenie ciepłoty skóry po stronie chorej nie przekraczało 1⁰ C. Na usprawiedliwienie tych przypadków dodać wypada, że jeden z nich (21) dotyczył obustronnego schorzenia ostrego ucha środkowego i był ubustronnie operowany w odstępie dwutygodniowym; jeden przypadek (45) dotyczył ostrego zapale-

nia ucha środkowego przy jednoczesnym przewlekłym schorzeniu po stronie przeciwnej. Dwa przypadki (38, 51) nie wykazywały patologicznego wzniesienia ciepłoty tylko w jednym lub w dwóch punktach mierzonych, wykazując przy tym w pozostałych miejscach pomiarów znaczne podwyższenie ciepłoty. Pozostaje jedynie niewytłumaczony poniekąd jeden przypadek (23), w którym nie stwierdzono podwyższenia ciepłoty skóry po stronie chorej we wszystkich mierzonych punktach, pomimo znalezienia podczas operacji dużych zmian w kości. Na usprawiedliwienie tego przypadku należy zaznaczyć, że był on stosunkowo wcześnie, bo w końcu drugiego tygodnia choroby, operowany i można przypuszczać, że przy dalszym trwaniu cierpienia ciepłota skóry po stronie chorej wzrosła by, jak to miało miejsce w przypadkach wczesnych mierzonych kilkakrotnie.

Na szczególną uwagę zasługuje przypadek (22), dotyczący chorej z ostrym zapaleniem ucha środkowego, u której trzykrotne pomiary, dokonywane w odstępach tygodniowych, wykazywały dość duże wzniesienia ciepłoty po stronie chorej pomimo stałej pozornie postępującej poprawy klinicznej. Chora ta była na 21 dzień choroby operowana wobec nagłego wystąpienia obrzęku na wyrostku sutkowym, pomimo ustąpienia wycieku z ucha, powrotu błony bębenkowej do normy i poprawy słuchu. W czasie operacji stwierdzono duże zmiany zapalne w kości wyrostka sutkowego, potwierdzające wyniki pomiarów ciepłoty skóry.

Reasumując wyniki przeprowadzonych badań możemy dojść do wniosku, że:

1. w przeważającej ilości przypadków stwierdza się podwyższenie ciepłoty skóry po stronie schorzałego wyrostka sutkowego, przekraczające różnicę 1° C. w porównaniu ze stroną zdrową;

2. największe różnice ciepłoty skóry w porównaniu ze stroną zdrową wykazują pomiary na dołku sutkowym i na skórze przewodu słuchowego;

3. porównując wyniki pomiarów ze zmianami w kości wyrostka sutkowego, stwierdzonymi w czasie operacji, nie można dopatrzyć się równoległości pomiędzy rozległością zmian w kości a wysokością ciepłoty skóry;

4. z materiału naszego trudno wywnioskować czy budowa kości wyrostka sutkowego wpływa na stopień wzniesienia ciepłoty skóry;

5. podwyższenie ciepłoty skóry po stronie chorej trudno jest uzależnić jedynie od czasu trwania choroby, jest raczej proporcjonalne do nasilenia procesu zapalnego. Na ogół biorąc różnica ciepłoty skóry po stronie chorej jest na początku choroby nie duża i wzrasta dopiero stosunkowo do czasu trwania cierpienia.

Przechodzimy obecnie do rozpatrzenia przypadków nieoperowanych. Zbadano 22 chorych, w tym 7 kobiet i 15 mężczyzn. Jednorazowo zbadano 6 przypadków, kilka zaś razy (2—5) 16 przypadków. Ogółem badano 50 razy, dokonywując 150 symetrycznych pomiarów ciepłoty skóry (nie licząc pomiarów na skrawku małżowiny ucha).

Wśród badanych chorych było:

ostrego prostego zapalenia ucha środkowego .	2 przyp.
ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego .	20 przyp
prawostronnego schorzenia	8 przyp.
lewostronnego	12 przyp.
obustronnego	2 przyp.

We wszystkich sześciu przypadkach badanych jednorazowo różnica ciepłoty skóry po stronie chorej nie przekroczyła 1° C. W dwóch zaś przypadkach (16, 36) ciepłota mierzona na szczycie wyrostka sutkowego była mniejsza aniżeli po stronie przeciwnej, aczkolwiek ciepłota na dołku sutkowym i w przewodzie po tejże stronie wykazywała podwyższenie.

Oba przypadki dotyczą ostrego nieropnego zapalenia ucha środkowego, przy czym w jednym z nich (36) proces zapalny toczył się obustronnie. Wszystkie omawiane przypadki badane jednorazowo dotyczyły świeżych spraw zapalnych; najstarszy z nich trwał 12 dni .

Siedmiu chorych zbadano dwukrotnie, w odstępach 3—7-dniowych; przeprowadzono 42 symetrycznych pomiarów ciepłoty skóry. Wyniki tych badań ilustrują następujące tablice:

	Fm.	Ap.	Mt.
do 1°	4	4	3
1,1—1,5	1	3	2
1,6—2,0	1	0	0
2,1—3,0	1	0	1
3,1—4,0	0	0	1

pierwsze badanie

Fm.	Ap	Mt.
6	7	7
1	0	0

drugie badanie

Z zestawienia powyższego możemy wywnioskować, że na 21 pomiarów pierwszorazowych 10 razy ciepłota skóry po stronie chorej wykazywała podwyższenie przekraczające 1° C. Największe przy tym różnice w porównaniu ze stroną zdrową wykazują pomiary na dołku sutkowym i w przewodzie.

Powtórne badania wykazują zmniejszenie ciepłoty skóry po stronie chorej. Na 21 pomiarów jedynie tylko jeden raz stwierdzono różnicę ciepłoty po stronie chorej przekraczającą 1°.

Jeszcze bardziej demonstracyjnie objawia się spadek różnicy ciepłoty skóry po stronie chorej, idący w parze z poprawą stanu klinicznego, na przypadkach badanych trzykrotnie i większą ilość razy. Trzykrotnie zbadano 7 chorych, dokonując 63 symetrycznych pomiarów ciepłoty skóry. Wyniki tych badań przedstawiają poniższe tablice:

	Fm.	Ap.	Mt.
do 1°	0	6	3
1,1—1,5	4	0	1
1,6—2,0	0	0	1
2,1—2,5	1	1	0
2,6—3,0	2	0	2

pierwsze badanie

Fm.	Ap	Mt.
1	5	4
3	0	2
1	0	1
2	2	0

drugie badanie

Fm.	Ap.	Mt.
4	6	5
2	1	2
1	0	0

trzecie badanie

Zestawiając dane tych badań możemy spostrzec, że o ile na 21 pomiarów ciepłoty skóry w pierwszym badaniu w 12 pomiarach różnica ciepłoty po stronie przekraczała 1° (w drugim badaniu 11 pomiarów na 21), to już w trzecim badaniu ilość przypadków tych zmalała do sześciu. Mamy prawo przypuszczać, że przypadki te badane w późniejszym czasie wykazywałyby dalsze obniżenie różnicy ciepłoty w porównaniu ze stroną zdrową idące w parze z poprawą stanu klinicznego, jak to daje się prześledzić w przypadkach badanych cztero- i pięciokrotnie.

Dla bardziej jaskrawego zobrazowania zachowania się ciepłoty skóry w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego, przytoczymy wyniki pierwszego i ostatniego badania wspomnianych 16 przypadków nieoperowanych i wypisanych w stanie wyleczenia lub znacznej poprawy rokującej szybkie wyzdrowienie.

	Fm.	Ap.	Mt.
do 1°	5	12	6
1,1—1,5	5	3	3
1,6—2,0	1	0	1
2,1—3,0	5	1	6

pierwsze badanie

Fm.	Ap.	Mt.
13	15	14
3	1	2

ostatnie badanie

Z zestawienia powyższego wynika, że o ile w badaniu pierwszym na 48 symetrycznych pomiarów ciepłoty skóry w 25 pomiarach różnica ciepłoty po stronie chorej przekroczyła 1°, o tyle w badaniu ostatnim pomiarów tych było tylko sześć.

Reasumując wyniki naszych badań nad przypadkami wyleczonymi bez zabiegu operacyjnego, możemy dojść do wniosku, że:

1. w przeszło ⅓ ilości pomiarów (25 na 66) ciepłota skóry wykazuje podwyższenie na początku cierpienia po stronie chorego ucha przekraczające 1° w porównaniu ze stroną zdrową;

2. największe różnice ciepłoty w porównaniu ze stroną zdrową wykazują pomiary na skórze dołka sutkowego i przewodu słuchowego;

3. zmniejszenie ciepłoty skóry po stronie chorego ucha w porównaniu ze stroną zdrową idzie w parze z poprawą kliniczną;

4. w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego z brakiem klinicznych objawów zajęcia wyrostka sutkowego porównawcze pomiary ciepłoty skóry wykazują stosunkowo rzadko (6 na 66) podwyższenie ciepłoty po stronie chorej przekraczające 1°;

5. podwyższenie ciepłoty skóry po stronie chorej nie można uzależnić jedynie od czasu trwania schorzenia ucha, lecz raczej od stopnia jego nasilenia. Na ogół jest ono przeważnie większe w początkach choroby i maleje w dalszym jej przebiegu, zdążającemu ku poprawie.

Przytoczone wyniki naszych badań pozwalają nam stwierdzić że porównawcze pomiary ciepłoty skóry okolicy ucha w ostrym jego zapaleniu w większości przypadków stanowią jeszcze jeden objaw pomocniczy w rozpoznaniu powikłania ze strony wyrostka sutkowego i mogą być pomocne w znalezieniu wskazań do wkroczenia operacyjnego w odpowiednim czasie.

Piśmiennictwo.

1. *Alexander:* W. klin. Wschr. 1930. I i 1932. II.
2. *Barwich u. Haardt:* Z. f. H. N. O. 16, 1926.
3. *Beck: Arch.* f. Ohr. usw. 125, 1930.
4. *Becker:* Zentrbl. 15, 1930.
5. *Cobet:* Ergebnisse d. Physiolog. 25, 1926.
6. *Cobet u. Bramigk:* D. Arch. f. klin. Med. 144, 1924.
7. *Coulet:* Revue d'otologie etc. 52, 1931.
8. *Cytowicz.* Arch. f. Ohr. usw. 86, 1911.
9. *Denker u. Albreecht:* Lehrbuch d. Krankheit d. Ohres u. d. Luftwege. Jena, 1925.
10. *Danelius:* cytow. według Kompaniejeca.
11. *Dobrzański:* Polski Przegl. Otolar. t. I, 1924.
12. *Döderlein:* Z. f. H. N. O. 30, 1932.
13. *Dylewski:* Polski Przegl. Otolar. t. IV, 1927.
14. *Dintenfass:* Arch. f. Ohr. usw. 83, 1910.
15. *Forselles:* Arch. f. Ohr. usw. 67, 1096.
16. *Friesner u. Rosen:* cytow. podług Kompaniejeca.
17. *Felgner:* Arch. f. Ohr. usw. 118, 1928.
18. *Fischer:* Z. f. H. N. O. 15, 1926.
19. *Gurcio Gaetano:* Zentrbl. 22, 1934.
20. *Görtner u. Cobet:* cytow. podług Mienickiego.
21. *Hesse:* Z. f. H. N. O. 15, 1926.
22. *Kaiser:* Arch. f. Ohr. usw.. 119, 1928.
23. *Krainz:* Z. f. H. N. O. 13, 1926.
24. *Kumpf:* Zentrbl. 10, 1927.
26. *Kompaniejec:* Żurn. uszn. nos. bolez. 6, 1929.
26. *Körner:* cytow. podług Denakera i Albrechta.
27. *Hirsch C.:* cytow. podług Kompaniejeca.
28. *Lüscher:* Z. f. H. N. O. 17, 1927 i Arch. f. Ohr. usw. 140, 1936.
29. *Loevy i Dorno:* cytow. podług Mienickiego.
30. *Lewin:* Prakt. rukowod. po chirurg. bolez. ucha. Leningrad 1928 i Russk. Otolar. 24, 1931.
31. *Michalowicz:* Polskie Monograf. i wykł. klin. z dziedziny Pediatr. 1929.
32. *Mayer O.:* Z. f. H. N. O. 17, 1927; 18, 1927.
33. *Minicki:* Przegl. Daermatolog. 24, 1930.
34. *Maljutin:* cytow. p/g. Kompaniejeca.
35. *Miodoński:* Polska Gaz. Lek. 1934.
36. *Nabuatsu Karashima:* Z. f. H. N. O. 37, 1935.
37. *Neumann:* Z. f. H. N. O. 15, 1926 i 20, 1928.
38. *Oyama Takuro:* Zntrbl. 17, 1932.
39. *Politzer:* Lehrbuch d. Ohrenheilkunde, Stuttgart, 1908.

40. *Roseno:* Arch. f. Ohr. usw., 112, 1925.
41. *Strauss:* Klin. Wschr. 1928.
42. *Seligmann:* cytow. p/g Mienieckiego.
43. *Sommer:* Berl. Klin. Wschr., 1904.
44. *Schmidt* u. *Kairies:* Dtsch. med. Wschr., 1931.
45. *Strümpel:* Arch. f. Ohr. usw. 116, 1/27.
46. *Spira:* Polska Gaz. Lek. 1932.
47. *Szumowski:* Polski Przegl. Otolar. T. VIII.
48. *Stenger:* Denker u. Kahler 7, 1926.
49. *Schwartze:* Zntrbl. 18, 1932.
50. *Schliessl:* Arch. f. Ohr. usw. 139, 1931.
51. *Steurer:* Z. f. H. N. O. 12, 1925.
52. *Thiepont:* Zntrbl. 22, 1934.
53. *Uffenorde:* Z. f. H. N. O. 15, 1926 i Klin. Wschr. 1929.
54. *Wittmaack:* cytow. p/g Kompaniejeca.
55. *Vermes* u. *Bügel:* cytow. p/g Kompaniejeca.
56. *Wąsowski:* Formuła leukocyt. w rozpozn. zapal. ucha środ. Dysertacja, Wilno, 1925 i Polski Przegl. Otolar. T. VI.
57. *Zalewski:* Przewodnictwo ciepła i jego znaczenie i t. d. Polska Gaz. Lek. 1924.
58. *Zondeck:* Münch. med. Wschr. 1920 i Klin. Wschr. 1922.

Résumé.

N. Wołkowyski. La mesure de la température de la peau dans les environs de l'oreille en decours de l'otite moyenne aiguë et mastoïdite. Sa valeur diagnostique.

L'auteur a entrepris une série de recherches de la température de la peau dans les environs de l'oreille chez des personnes saines (60 cas) aussi que chez des personnes atteintes de l'otite moyenne aiguë (56 cas), dont 34 présentaient les symptômes de la mastoïdite.

Ces recherches furent exécutées à l'aide d'une thérmometre électrique (Siemens). Les oscillations de la température de la peau du côté malade montrèrent jusque 1^0 en comparaison du côté sain; dans la plupart cas compliqués cette température dépassa 1^0 C.

L'auteur arrive à la conclusion que les recherches si-dessus facilitent le diagnostic précoce de la mastoïdite aiguë.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej U. P. (Kierownik Prof. Dr. A. Laskiewicz).

W sprawie wyłuszczania migdałków „na gorąco" w przebiegu ropni okołomigdałkowych.

Dr JAROSŁAW IWASZKIEWICZ
st. asystent Kliniki.

Wyłuszczanie migdałków w ich ostrym zapaleniu było zawsze kwestią sporną i przedyskutywowaną wielekrotnie-śmiało rzec można, iż większość laryngologów do dziś dnia jest zdania, że wyłuszczanie migdałków w tym stanie, nawet wtedy kiedy się ma już wywołane przez nie powikłanie czy to miejscowe czy ogólne, jest naogół przeciwskazane a nawet ryzykowne.

Wśród bezwzględnych dotąd przeciwskazań do tonsillektomii, na jednym z pierwszych miejsc, był stan ostry migdałka; wyłuszczano migdałki po ustaniu ich zapalenia ostrego w czasie mniej lub więcej ściśle określonym przez różnych autorów, nie wcześniej jednak jak po trzech tygodniach. Po niejakimś czasie sprawa interwencji chirurgicznej, pomijając oczywiście nacięcie ropnia okołomigdałkowego, uległa stopniowemu przeobrażeniu. Zaczęto najpierw uwzględniać stany wyjątkowe ropni okołomigdałkowych lub angin, gdzie dla ratowania życia chorego zabieg ten okazywał się niezbędnym. Do tego rodzaju wyjątkowych wskazań zalicza *Hajek* bardzo duże migdałki przy anginie dołkowej u dzieci, które powodują duszność wymagającą tracheotomii.

Nie będę wyliczał autorów, dla których wskazaniem do tonsillektomii jest już sama angina, przy której stosowali ją jako metodę leczniczą, a chcę tylko uwzględnić sprawę wyłuszczania migdałków przy ropniach okołomigdałkowych, ściślej przy powikłaniach miejscowych i ogólnych ostrych zapaleń migdałków. Nie odrazu przystąpiono do całkowitego wyłuszczania migdałków. Sprawa leczenia chirurgicznego przy stanach ostrych migdałków przechodziła koleje stopniowego i co raz to radykalniejszego postępowania, aż wreszcie wśród całego szeregu różnych metod leczniczych w tych stanach wpłynęła kwestia tonsillektomii.

Pierwszy *Batawia* stosował odłuszczenie bieguna górnego migdałka ostrym haczykiem już nawet w pierwszych dniach choro-

by, ażeby zapobiec wytworzeniu się ropnia w najtypowszym jego miejscu jakim jest zachyłek górny migdałka. Podobnie, lecz mniej radykalnie, postępował *Hutter*. *Klestadt* stosował wyłuszczenie górnego bieguna migdałka przy każdym ropniu okołomigdałkowym z dobrym wynikiem. *Levinger* wykonał przeszło 200 tego rodzaju tonsillektomii bez żadnych następowych powikłań. Dobre wyniki, oparte na dużym materiale, otrzymali *Link* i *Zöllner*. Sposób ten powstrzymywał jednak laryngologów od tego postępowania radykalnego na migdałkach w ich ostrym schorzeniu po opisaniu zejść śmiertelnych po ektomii „à chaud" przez *Haymann'a* i powikłań natury septycznej przez *Haardt'a*.

Obecnie wyłuszczenie migdałków w ich ostrym stanie jako metody leczniczej nie zaniedbuje się, lecz warunkuje pewnymi i ściśle określonymi wskazaniami. Tonsillektomia przy posocznicy tonsillogennej jest ogólnie przyjętą, czy jako wstęp do operacji na szyji (Zange), czy jako jej akt końcowy (Glaus). Niektórzy wprawdzie jak *Hybašek* i teraz są zdania, iż tonsillektomia w 90% przypadków sepsy po anginie nie przedstawia żadnego leczniczego znaczenia, ponieważ migdałki podniebienne nie są ogniskiem septycznym. Tonsillektomia przy posocznicy wskazana jest, według niego, tylko w 10% przypadków. Jest to kwestia posocznicy poanginowej czego poruszać tu nie będę, nie wchodzi bowiem tu w grę kwestia czy migdałek wyłuszczamy przed czy po zabiegu na szyii lub wogóle. Interesuje nas sprawa postępowania wcześniejszego, któreby, w tym przypadku, przez tonsillektomię posocznicy lub innym ciężkim powikłaniom mogło zapobiec. Pomijając więc różne powikłania, jakie mogą wystąpić po tonsillektomii „na gorąco", coraz więcej autorów zabieg ten stosuje z wynikami bardzo dobrymi. Wskazaniami do zabiegu jest już dla niektórych samo istnienie ropnia okołomigdałkowego, dla innych wskazania te są bardziej sprecyzowane — dla tych samo istnienie ropnia okołomigdałkowego nie było wystarczającym powodem do operacji. Autorzy jak *Erdélyi, Zöllinger* poszczycić się mogą stosunkowo dużą ilością tonsillektomii „à chaud", zebranych przez przeciąg dość krótkiego czasu. Żaden z nich jednak nie podaje w jakim stosunku liczbowym znajduje się ten zabieg do ilości ropni okołomigdałkowych przez nich obserwowanych wogóle. Uważam bowiem, iż można zakwalifikować do tego zabiegu nie jeden ropień, szczególnie w jego początkowym okresie, gdzie stan choroby zarówno miejscowy jak i ogólny może się nadawać i dałby się podciągnąć

nawet do bardzo szczupłych ram wskazań. Tymczasem możemy na podstawie naszych spostrzeżeń stwierdzić, że przypadki ropni okołomigdałkowych, zdawać by się mogło nie dających się inaczej opanować jak przez tonsillektomię, za pomocą zwykłych, najbardziej konserwatywnych metod leczniczych, cofały się. Ten fakt naprowadzić powinien na ostrożność w kwalifikowaniu do leczenia chirurgicznego. To też materiał nasz opiera się tylko na 15-tu przypadkach operowanych w ten sposób przez przeciąg trzech lat.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że przez ten okres było leczonych w tutejszej klinice lub ambulatoryjnie 240 przypadków ropni okołomigdałkowych, to odsetek ropni okołomigdałkowych wymagających wyłuszczenia na ostro stanowił 6,2. Przez przeciąg tego samego okresu wykonano tonsillektomii 481, tonsillektomia więc „na gorąco“ stanowiła 3,1% wszystkich tonsillektomii.

Po uwzględnieniu tego, iż wszystkie nasze przypadki ropni okołomigdałkowych, leczonych zwykłymi metodami, miały przebieg pomyślny, widzimy, że tonsillektomia „na gorąco“ winna być stosowaną rzadko i to w niektórych tylko przypadkach.

Zważywszy, iż pomiędzy migdałkiem podniebiennym a przestrzenią okołogardłową znajduje się mięsień zwieracz gardła górny z bardzo cienką powięzią-fascia pharyngea media, a więc spatium parapharyngeum lub inaczej pharyngomaxillare, miejsce gdzie przebiega cały szereg naczyń krwionośnych i limfatycznych, oddzielone jest od migdałka stosunkowo cienką ścianą i to niejednolitą na skutek przejścia przez nią naczyń, zrozumiałem będzie łatwo, że proces zapalny ropny w obrębie migdałka staje się zawsze momentem ważnym, że sprawa ropna z przestrzeni okołomigdałkowej przejść może drogą naczyń żylnych (Fraenkel) lub limfatycznych (Uffenorde) do przestrzeni okołogardłowej i stać się przyczyną tak ciężkiego powikłania jakim jest posocznica, a w szczęśliwszym wypadku ropień szyji. Nie każdy ropień okołomigdałkowy jest tym niebezpieczeństwem, ta ewentualność zależy w dużej mierze od rodzaju migdałka, czy jest on głęboko osadzony w swym łożysku i ściśle z nim zrośnięty, czy też należy on do rodzaju migdałków wiszących (Tonsilla pendula). Dużą też rolę odgrywa rodzaj infekcji, jak również rodzaj samego ropnia. Ropnie okołomigdałkowe głęboko siedzące, szczególnie t. zw. boczne lub zewnętrzne są zawsze groźniejsze w swym przebiegu niż typowe górne — te ostatnie, jeśli nie zostały otwarte, łatwo przebijają się przez łuk przedni, najczęściej jednak nad górnym biegu-

nem migdałka. Samoistne przebicie się ropnia okołomigdałkowego bocznego w kierunku jamy gardłowej jest znacznie trudniejsze niż przejście przez cienką przegrodę do przestrzeni okołogardłowej skąd, jak określa *Laskiewicz*, „wiodą szerokie wrota do dalszych groźnych powikłań septycznych miejscowych i ogólnych".

Rozpoznanie ropnia okołomigdałkowego bocznego jest niekiedy trudne, z jednej strony przez to, iż leżąc głęboko nie daje typowego obrazu istnienia ograniczonego ogniska, z drugiej strony są to zazwyczaj ropnie małe.

Decydującą rolę w tych przypadkach odgrywa stan ogólny chorego, długotrwałość procesu, odczyn ze strony gruczołów podszczękowych i kąta żuchwy oraz wygląd samego migdałka. Jeżeli mamy przed sobą chorego, u którego proces zapalny gardła trwa czas dłuższy, jeżeli mamy wybitny odczyn ze strony wspomnianych gruczołów, jeżeli migdałek w swym łożysku tkwi jak wmurowany i nie daje się haczykiem niekiedy nawet poruszyć, jeżeli nie mamy wyraźnego w obrębie migdałka wypuklenia oraz przy obmacywaniu chełbotania — dalej — jeżeli nacięcie, ewentualnie nakłucie, w typowym miejscu, ropy nie daje, sądzić należy, że chodzi tu o ropień leżący głębiej, a więc boczny czyli zewnętrzny. Te, jak niżej zobaczymy, są długotrwałe w swym przebiegu i są zwykle przyczyną cięższych powikłań, to też nadają się najbardziej do wyłuszczenia. Ropnie te zdaje się powstają przeważnie w obrębie migdałków osadzonych. Dla dokładniejszego przedstawienia naszych wskazań do tonsillektomii „na gorąco", jej techniki i wyników leczniczych przytaczam następujące przypadki.

Pacjent R. A. lat 37, urzędnik. Z wywiadów wynika, iż przed tygodniem zapadł na gardło: zjawił się ból przy połykaniu i szczękościsk. Po kilkudniowym leczeniu przez lekarza domowego zostaje przekazany do tutejszej kliniki w dniu 14. XI. 34 r. Temperatura 37,6⁰. Narządy wewnętrzne bez zmian. Przy badaniu gardła stwierdza się znaczny obrzęk i wypuklenie okolicy migdałka prawego. Laryngoskopowo-obrzęk nagłośni. Pacjent otrzymuje domięśniowo Propidon w ilości 2 cm. Okład zimny na szyję.

17 XI stan gardła jak wyżej. Samopoczucie pacjenta złe. 4 cm. Omnadymy domięśniowo.

20 XI obrzęk okołomigd. znacznie większy. Samopoczucie złe.

21 XI stan jak wyżej. Drogą ponad biegunem górnym otwiera się ropień za pomocą tępych kleszczy. Ropa wypływa w znacznej ilości. Tegoż dnia wieczorem dreszcze i silny ból gardła po prawej

stronie. Zaznacza się obrzęk okolicy podszczękowej prawej, okolica ta silnie bolesna na ucisk. Temperatura 39,6°. Leukocytów 12,600.

22. XI. stan gardła jak dnia poprzedniego. Obrzęk szyi znacznie się powiększył. Wobec powyższego stanu miejscowego i ogólnego przystąpiono do wyłuszczenia migdałka prawego w uśpieniu za pomocą Evipan-Natrium. Podczas zabiegu ropy w okolicy okołomigdałkowej nie stwierdza się.

24 XI samopoczucie pacjenta znacznie lepsze. Causyth 3,0 we wlewie; Omnadina 6 cm^3 domięśniowo.

25 XI obrzęk na szyji znacznie mniejszy. Temperatura 36,8° C. Wlew Causythu powtórzono.

27 XI pacjenta zwalnia się z kliniki w stanie następującym: obrzęk gruczołów ustąpił zupełnie; miejscowy stan gardła dobry; samopoczucie dobre; temperatura normalna.

Pacjent dr L. J., lekarz, lat 64. (L. ks. chorych 3793). Od 20 lat zapada często na anginy. Obecna choroba datuje się od tygodnia kiedy to chory po zaziębieniu dostał ciężkiej anginy. Po kilku dniach od początku choroby zjawił się obrzęk szyji i twarzy po prawej stronie. Chory z trudem mógł mówić i połykać pokarmy. Przed przybyciem do kliniki był u lekarza specjalisty, który czterokrotnie punktował okolicę migdałka prawego, wydzieliny ropnej jednak nie wydostał. Podczas leczenia w domu pacjent dostał w zastrzykach cały szereg szczepionek — sprawa jednak postępowała, co skłania chorego do przyjazdu celem leczenia do tutejszej kliniki dnia 23 V 36.

Stan obecny: Temperatura 37,8°. Tętno 110/min. Ze strony płuc i serca zmian szczególnych nie stwierdza się. W moczu białko, duża ilość leukocytów oraz wałeczki szkliste. Policzek prawy i okolica podszczękowa obrzmiała, kąta żuchwy nie wyczuwa się. Poruszanie głową utrudnione. Szczękościsk średniego stopnia. Przy oglądaniu gardła stwierdza się: migdałek prawy jakby zamurowany w nacieklym otoczeniu, podniebienie miękkie wysadzone ku przodowi, błona śluzowa policzka obrzmiała wchodzi pomiędzy zęby szczęk, szczególnie w kącie żuchwy. Laryngoskopowo: obrzęk nagłośni po prawej stronie, obrzęk chrząstki nalewkowej prawej i fałdu nalewkowo-nagłośniowego. Haczykiem próbuje się obejść migdałek, tkanki okołomigdałkowe twarde, nie daje się natrafić na ognisko ropne. Nacina się łuk przedni i rozszerza się ranę korncangiem, ropy nie wydostaje się. 24 V 36. W znieczuleniu miejscowym

20% kokainą (pendzlowanie) i 1% nowokainą w ilości 9 cm³ przystępuje się do wyłuszczenia migdałka prawego. Tkanki kruche. Przy odłuszczeniu raspatorem zewnętrznej powierzchni migdałka i przy odciągnięciu jego ku wewnątrz, mniej więcej w połowie jego długości, wytryska ciecz ropna z szczelinowatego otworu w okolicy m. zwier. gardła. Krwawienie nieznaczne. 25 V 36. Samopoczucie chorego dobre. Temperatura 37,4⁰ wieczorem. 27 V 36. Obrzęk szyji i policzka prawie ustąpił. Obrzęku krtani nie stwierdza się. 31 V 36 pacjent w stanie dobrym ogólnym i miejscowym opuszcza klinikę.

Pacjent K. J., lat 32, ślusarz (L. ks. chorych 3876). Dotychczas nie chorował. Od kilku dni ból gardła, który nie był jednak zbyt dokuczliwy. 5 VII 36 r. ból gardła znacznie się wzmógł szczególniej podczas połykania. Od czasu do czasu, jak określa chory, nie mógł nawet złapać tchu. Zgłasza się do lekarza pogotowia, który go w tymże dniu skierowuje do tutejszej kliniki. Stan obecny: temperatura 38,6⁰; tętno 120/min. Narządy wewnętrzne bez zmian. W moczu białka i cukru brak. Leukocytów 14800. Obraz krwi: neutr. segm. 75%, Limf. 20%, Mon. 4%, Eozyn. 1%. Status localis: Okolica nad i poza migdałkiem lewym nacieczona, nacieczona jest również okolica kąta żuchwy. Obrzęk od górnego bieguna migdałka sięga na dół ku krtani. Połowa nagłośni, fałd nalewkowo-nagłośniowy oraz chrząstka nalewkowa lewa obrzękła wielkości małej śliwki. Wybitny obrzęk szyji po lewej stronie. 6 VII. Stan chorego gorszy, temperatura wieczorem 39,2⁰, wobec czego w znieczuleniu infiltracyjnym 1% Nowokainy w ilości 10 cm³ przystępuje się do wyłuszczenia migdałka lewego. Podczas odłuszczania migdałka wydobywa się z niego w wielkiej ilości wydzielina ropna serowata. Poza migdałkiem i na zewnątrz od niego ognisko ropne wielkości ziarna grochu. Krwawienie minimalne. 7 VII. Stan pacjenta dobry; połyka lepiej niż przed operacją. Obrzęk szyji po lewej stronie utrzymuje się jeszcze. Temperatura 37,1⁰. 8. VII. Okolica wyłuszczonego migdałka bez większego odczynu zapalnego. Laryngoskopowo krtań obrzęku nie wykazuje. Temperatura 36,8⁰. Gruczoły podszczękowe lekko powiększone po lewej stronie. Ogólny stan dobry. 9 VII. Stan pacjenta dobry. Obrzęku gruczołów podszczękowych brak. Temperatura 36,6⁰. Pacjent opuszcza klinikę.

Chory S. A. lat 23, strzelec. Pacjent VII Szpitala Okręgowego operowany w tutejszej klinice. Podaje, iż od kilku dni odczuwa

dokuczliwy ból gardła szczególnie po stronie lewej. Stan obecny 5 III 36: lewa okolica podszczękowa silnie obrzękła, na ucisk bolesna. Migdałki czerwone, okolica migdałka lewego nieznacznie nacieczona. Temperatura 38,1°. Pacjentowi zastosowano wilgotne okłady na szyję oraz czopki z Panodyny. 9 III 36. Temperatura 38,8°. Samopoczucie chorego znacznie gorsze. Po wstrzyknięciu pacjentowi 0,02 morfiny podskórnie i znieczuleniu okolicy migdałka roztworem 20% kokainy przystąpiono do wyłuszczenia migdałka lewego. Przy wyłuszczaniu migdałka wypływa z poza niego i na zewnątrz nieznaczna ilość ropy. Na drugi dzień po operacji temperatura podnosi się do 39,6, następnego dnia opada do normy i na tym poziomie utrzymuje się. 15 III 36. Stan chorego bardzo dobry. Na szyi obrzęk nieznaczny. Rana pooperacyjna przedstawia się dobrze.

Pacjent Z. M. lat 29, gorzelany (L. ks. chorych 4044). Przed 8 laty przechodził zapalenie nerek i stawów. Do wojska nie został przyjęty z powodu wady serca. Przed tygodniem zgłosił się do ambulatorium tutejszej kliniki ze skargami na ból gardła trwający od kilku dni. Rozpoznano anginę. 2 X 36. Przybywa ponownie skarżąc się, iż ból gardła nie ustąpił, zjawił się przy tym obrzęk gruczołów podszczękowych silnie bolesny. Chory zostaje w tymże dniu przyjęty do kliniki. Stan obecny: serce — insuf. valv. mitr. et tricuspid. Leukocytów 21600: Eozyn 0%, Bazof. 0%, Neutrof. 66% (młod. 2%, pałeczek 10%, S-gm. 56%) Limfocyt. 31%, Monoc. 1%. W moczu białka i cukru brak. Migdałek prawy większy od lewego, jest jakgdyby zamurowany w swym łożysku, oba migdałki rozpuchnione, czerwone. Punkcja okolicy ponad migdałkiem prawym ropy nie daje. Krtań bez zmian. Na szyi wzdłuż m. sutkowo-obojczykowego guz wielkości pięści idący od kąta żuchwy, bolesny na dotyk. Pacjentowi wstrzykuje się Propidonu 2 cm³ domięśniowo. Okład alkoholowy na szyję. Stan pacjenta nie poprawia się. Ponowne nakłucie okolicy ponad migdałkiem ropy nie daje.

5 X 36. W znieczuleniu miejscowym 1% Nowokainą wyłuszcza się migdałek prawy. Przy odseparowaniu migdałka w połowie jego długości natrafia się na ognisko ropne wielkości grochu. Bakteriologiczne badanie ropy wykazało Streptococcus viridans.

6 X. Samopoczucie pacjenta dobre. Obrzęk na szyji zmniejszył się.

8 X. Pacjent opuszcza klinikę w stanie następującym: temperatura 36,6°, obrzęk gruczołów ustąpił; stan gardła i okolicy wyłuszczonego migdałka dobry.

Pacjent A. L. lat 29, robotnik (L. ks. chorych 4088). Od dzieciństwa choruje często na gardło. Obecna choroba rozpoczęła się przed dwoma tygodniami wysoką temperaturą, bólem gardła oraz ogólnym niedomaganiem. Chory przypuszcza, iż to stoi w związku z przemoknięciem podczas deszczu. Przed tygodniem był w ambulatorium tutejszej kliniki, gdzie dostał zastrzyk (rozpoznano Abscessus peritons. incipiens, pacjent dostał Propidonu 2 cm³ domięśniowo). Przed dwoma dniami zgłosił się ponownie do ambulatorium, gdyż stan poprzedni znacznie się pogorszył, wówczas nacięto mu ropień (ropy nie wydobyto). Na drugi dzień stan chorego jeszcze się pogorszył. Poprzednie cięcie rozszerzono. (Ropy jednak i tym razem nie było). Ze względu na ciężki stan chorego, przyjmuje się go do kliniki tegoż samego dnia 27 X 36 roku. Stan obecny: Temepratura 38,5°. Tętno 90/min. Narządy wewnętrzne bez zmian. Leukocytów 29800. Ze strony gardła stwierdza się co następuje: szczękościsk średniego stopnia; gruczoły podszczękowe po prawej stronie znacznie powiększone, bolesne na dotyk na podniebieniu miękkim po prawej stronie rana długości 2 cm. Podniebienie miękkie wysadzone ku przodowi, okolica całego migdałka prawego nacieczona, migdałek w tkankach otaczających jest jakgdyby zamurowany; śluzówka języczka i policzka obrzmiała, ta ostatnia wchodzi między zęby szczęk. Krtań wolna. Migdałek lewy zaróżowiony i znacznie mniejszy od prawgo. Tego samego dnia w znieczuleniu miejscowym wyłuszcza się migdałek prawy. Podczas wyłuszczania migdałka ropy nie stwierdzono, prócz krwi gdzie niegdzie pasemka przeźroczystej treści, którą pobiera się do badania bakteriologicznego. Okoliczne tkanki nacieczone. Krwawienie minimalne.

29 X. Pacjent gorączkuje (38,7°), samopoczucie pacjenta jednak lepsze. 2 XI. Pacjent opuszcza klinikę w stanie dobrym. Badanie bakteriologiczne treści okołomigdałkowej wykazało Streptococcus sapr.

Pacjent dr N. M. lat 53, profesor uniw. (L. ks. hcorych 4087). Z wywiadów wynika, iż chory często zapadał na gardło, niekiedy miewał po 3 razy do roku anginy. Obecna choroba rozpoczęła się przed dwoma tygodniami bólem gardła, po dwóch dniach od początku choroby zjawił się szczękościsk, ból po prawej stronie sil-

niejszy szczególnie podczas połykania pokarmów oraz obrzęk szyi prawostronny. Dotychczas leczył się w ambulatorium tutejszej kliniki (dostał 4 cm Panodiny domięśniowo; stosowano nagrzewania lampą Solux). Ponieważ stan się nie poprawiał zostaje przyjęty w stan chorych. Stan obecny 26 X 36. Temperatura 38,8°; tętno 100/min. Szczękościsk znacznego stopnia. Przy oglądaniu gardła stwierdza się co następuje: śluzówka okolicy wewn. kąta żuchwy obrzękła: migdałki zaczerwienione, prawy nieco wysadzony ku środkowi, otoczenie jego jest naciekłe, migdałek jest jak gdyby w swym otoczeniu wmurowany, próby odciągnięcia migdałka za pomocą haczyka zawodzą, migdałek ściśle tkwi w swym otoczeniu. Ostrym haczykiem starano się przez nakłucie samego migdałka i jego otoczenia trafić na ognisko ropne, pomimo kilkakrotnego nakłucia próba ta wypadła ujemnie. Okolica szyi po prawej stronie obrzękła szczególnie w kącie żuchwy i poniżej wzdłuż m. sternocleidomastoid., obrzęk ten silnie bolesny na dotyk. Pacjent dostaje 2 cm^3 Propidonu domięśniowo.

27 X 36. Stan chorego nie ulega poprawie, wobec czego przystępuje się do wyłuszczenia migdałka prawego w znieczuleniu miejscowym 1% Nowokainą po uprzednim wypendzlowaniu migdałka i jego otoczenia 20% kokainą. Podczas wyłuszczania migdałka stwierdza się, iż poza niewielką ilością bardzo ciemnej krwi i śluzowej treści ropy niema. Pobiera się wyżej wspomnianą treść do badania bakteriologicznego. Krwawienie minimalne.

28 X. Stan chorego nieco lepszy, obrzęk szyji jednak zwiększa się. Zastrzyknięto 12 cm^3 krwi własnej. Szczękościsk nieco mniejszy. Z pobranej treści wyhodowano Streptococcus viridans.

29 X. Stan chorego gorszy, choć połykanie jest mniej dokuczliwe.

30 X. Nacięto okolicę podszczękową w miejscu największego wypuklenia. Po nacięciu wypływa z rany silnie cuchnąca ropa koloru szaro-zielonkawego. Do rany zakłada się seton. Z ropy po nacięciu okolicy podszczękowej wyhodowano Sterptococcus viridans.

31 X. Samopoczucie chorego znacznie lepsze. 8 X 36. Pacjent opuszcza klinikę w stanie następującym: szczękościsk mniejszy, rana pod żuchwą nie ropieje, temperatura normalna.

W jednym przypadku, który dotyczył chorego W. J. lat 12 (L. ks. chorych 3245) migdałek wyłuszczono z powodu ropnia okołomigdałkowego przedniego, typowego. W przypadku tym wska-

zania do zabiegu były inne niż w wyżej podanych przypadkach, a mianowicie niemożność w normalnych warunkach przecięcia ropnia na skutek wielkiej wrażliwości pacjenta, albowiem kilkakrotnie przechodził już nacięcie ropnia po tej samej stronie; to też w odużeniu chloretyłowym wykonano mu ten zabieg. Efekt był nadzwyczaj dobry, temperatura z 39° spadła do 36°, krwawienia podczas zabiegu oraz późniejszych jakichkolwiek powikłań nie było. Przypadek ten może stać się wzorem do wskazań względnych do ectomii „à chaud".

Wreszcie ostatni przypadek operowany w styczniu b. r. dotyczył chorego H. J. lat 40, inżyniera chemika, skierowanego do kliniki w dniu 7 stycznia 1937 roku (L. ks. ch. 4227). W przypadku tym chodziło o ropnie okołomigdałkowe boczne obustronne. Pacjent, jak z wywiadów wynika, od 8 dni choruje na gardło, po trzech dniach choroby zawezwany lekarz specjalista-laryngolog rozpoznał ropowicę gardła z obrzękiem krtani. Leczenie chorego polegało na wstrzyknięciu domięśniowym 2 cm³ Propidonu i 1 cm³ Yatren Caseiny, okładach alkoholowych na szyję i inhalacji z siarczanu cynku. Stan chorego nie poprawiał się. Wstrzyknięto 4 cm³ Panodiny. Stan chorego nie ulegał jednak poprawie, przeciwnie zjawiły się większe dolegliwości przy połykaniu. Temperatura wahała się w granicach od 37,5° do 38,5°.

Stan obecny: temperatura 38,4°, tętno 80/min. Wewnętrznie nie badany. Ze strony gardła stwierdza się co następuje: migdałki małe nie wychodzą poza łuki. Podniebienie zaczerwienione nie wypuklone. Poza migdałkami jednakowo po obu stronach naciek idący od języczka w dół. Migdałki haczykiem nie dają się poruszyć, są jak wmurowane. Ostrym haczykiem próbuje się wejść do zachyłka górnego lub poza migdałek, aby odnaleźć ognisko ropne — próby te zawodzą. Leukocytów 18500. Szczękościsku brak. Gruczoły podszczękowe powiększone, na dotyk bolesne. Pacjent dostaje okład alkoholowy na szyję, domięśniowo 5 cm³ Prontosilu. Stan chorego nie poprawia się, wobec czego w dniu 8 I 37 przystępuje się do wyłuszczenia migdałków po uprzednim wstrzyknięciu choremu morfiny w ilości 0.02 i wypendzlowaniu okolicy migdałków roztworem 20% kokainy. Podczas odseparowania migdałków w okolicy poza i na zewnątrz migdałków natrafia się na ogniska ropy w ich około 15 mc³, gęstej, żółtawej i cuchnącej. 9 I 37. Stan chorego znacznie lepszy. Temperatura 37,2°. Tętno dobre. 10 I 37.

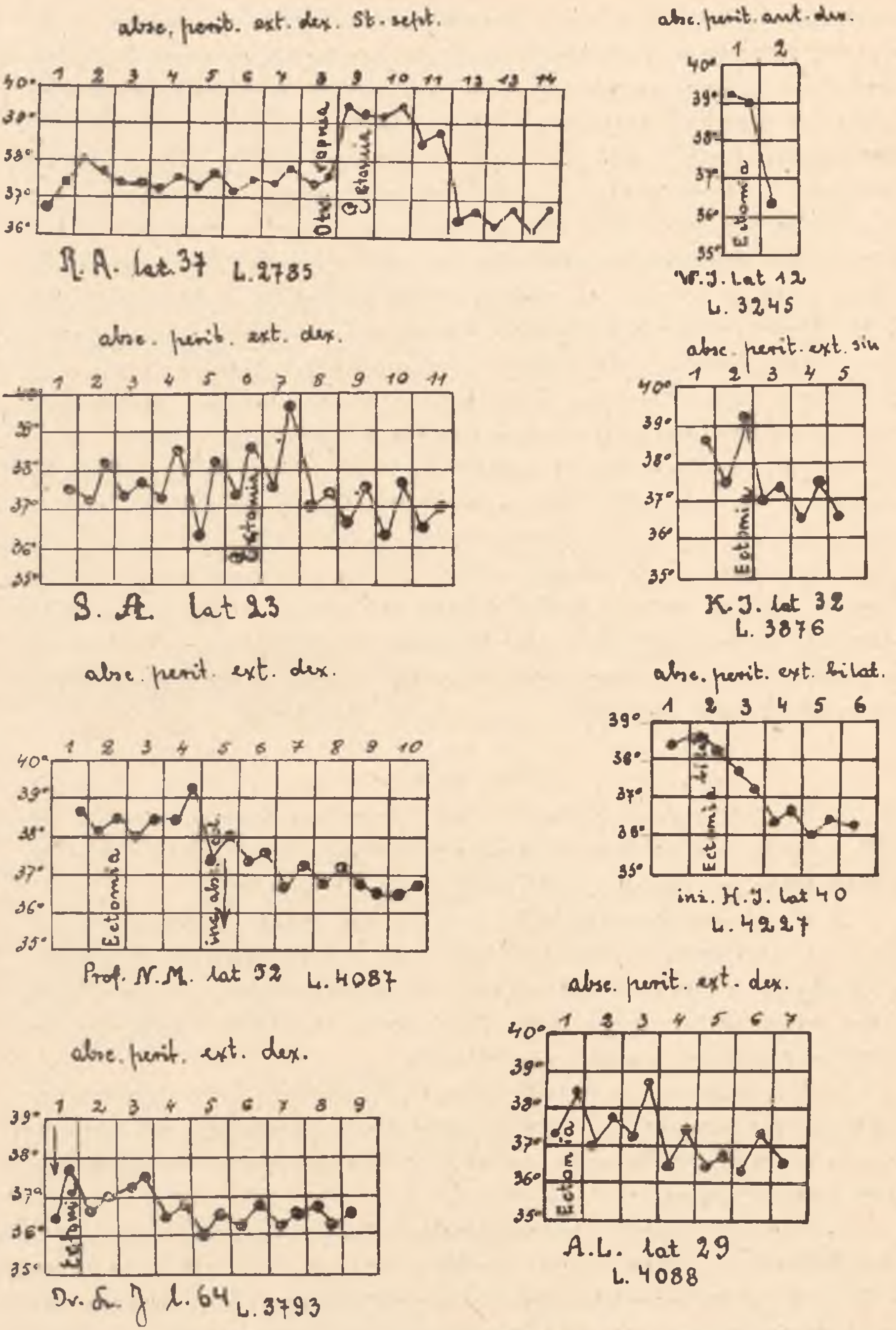
Stan chorego bardzo dobry. Temperatura normalna. Połykanie pokarmów odbywa się z niewielkim bólem.

W większości naszych przypadków (13) wskazaniami do ectomii „na gorąco“ były momenty następujące: dłuższy czas trwający proces zapalny w obrębie migdałka bez wytworzenia się określonego i ściśle umiejscowionego ogniska ropnego dającego się usunąć przez nacięcie. Brak ropy po nacięciu okolicy domniemanego ropnia: wybitne nacieczenie w okolicy migdałka, stwarzające z jednej strony wielkie cierpienie subiektywne, a z drugiej strony wybitny odczyn gruczołów w kącie żuchwy i podszczękowych; w innych przypadkach oprócz powyższych danych istniał obrzęk krtani z dusznością. W dwóch przypadkach wskazaniem do zabiegu był stan septyczny chorego. Prócz tego przypadki te charakteryzowały się zmianami miejscowymi w postaci silnego nacieczenia w obrębie migdałka oraz odczynu gruczołowego. Wyłuszczenie migdałków „na gorąco“ przeprowadzone było w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. Znieczulenie ogólne stosowaliśmy w tych przypadkach, gdzie istniał silny szczękościsk, a polegało ono na dożylnym podaniu Evipan-natrium. W znieczuleniu ogólnym wyłuszczano migdałek na stole operacyjnym, w pozycji pół siedzącej, po założeniu rozwieracza Wutharda i odseparowaniu migdałka łącznie z torebką z jego łożyska. Asystujący przy pomocy pompy wodnej, idąc tuż za instrumentem operującego, aspirował spływającą krew i ropę. W ten sposób chory był zabezpieczony od ewentualnego wchłonięcia do dróg oddechowych krwi i ropy. Znieczulenia miejscowego od zewnątrz, szeroko stosowanego przez Linck'a, nie wykonywaliśmy w żadnym z naszych przypadków. W przypadkach, gdzie nie stwierdzało się wybitnego szczękościsku lub gdzie miało się osobnika niezbyt wrażliwego, stosowaliśmy znieczulenie miejscowe. Znieczulenie to polegało na uprzednim wypendzlowaniu błony śluzowej okolicy naciekłej roztworem 20% kokainy, a nieco dalej od miejsc naciekłych wstrzykiwano roztwór 1% nowokainy w ilości zwykle nie większej nad 10 cm³. Przypadki, które znieczulało się miejscowo, operowane były na siedząco i tu, jak w poprzednich, asystujący aspirował stale spływającą krew lub ropę. Czas trwania zabiegu był krótki, tkanki zapalne kruche, odseparowywały się bardzo łatwo, tak że w niektórych przypadkach zbyteczną była pętla, albowiem przy pomocy samego raspatora migdałek wyłuszczał się ze swego łożyska dokładnie, a krucha szypuła jego przerywała się nie krwawiąc. Nigdy

nie dało się znieczulić całkowicie — wszyscy chorzy narzekali na mniejszy lub większy ból; dobre usługi oddaje morfina wstrzyknięta choremu na kilkanaście minut przed zabiegiem w ilości 0,02. Krwawienie we wszystkich przypadkach podczas zabiegu było nieznaczne i ustawało bardzo szybko. Następowych krwawień również nie obserwowaliśmy.

W przeciwieństwie do innych autorów ektomowaliśmy tylko jeden migdałek wychodząc z założenia następującego. Przy ektomii à chaud nie chodzi nam o zabieg chirurgiczny stosowany powszechnie w celu usunięcia możliwości nawrotów zapaleń ostrych migdałków w postaci angin lub ropni okołomigdałkowych i nie braliśmy pod uwagę innych wskazań, jakimi kierujemy się przystępując do wyłuszcznia migdałków. Kierowaliśmy się li tylko koniecznością, chodziełо nam bowiem o usunięcie tych stanów, których zwykłymi metodami opanować nie mlośigmy. Dalej zadaniem naszym było zapobiec powikłaniom jakie mogłyby zaistnieć. gdybyśmy tego zabiegu nie wykonali, a więc tym samym narazić chorego na ciężkie konsekwencje istniejącego stanu. Wyłuszczaliśmy migdałek tylko jeden dlatego również, że nie chcieliśmy, jak również uważaliśmy za niewskazane narazić chorego na bądź co bądź ciężki zabieg przy jego ogólnym stanie. Tu zdażyć się mogłyby i te ewentualności, że obustronnie istnieją jednakowe stany nadające się do usunięcia tylko na drodze ektomii. W tych przypadkach nie zawahalibyśmy się zapewne wyłuszczyć oba migdałki, podobnie jak wykonywujemy obustronną antrotomię przy ropniach okołozatokowych w obu wyrostkach sutkowych. Tak postąpiliśmy w przypadku ostatnim (H. J. L. ks. ch. 4227).

Przebieg pooperacyjny w naszych przypadkach był następujący. Już na drugi dzień po operacji chory odczuwał znaczną ulgę na skutek zmniejszenia lub całkowitego usunięcia turgoru zapalnego w obrębie wyłuszczonego migdałka: połykanie śliny czy też pokarmów odbywało się z mniejszym bólem. Samopoczucie przeto chorego ulegało znacznej poprawie. Objawy takie jak dreszcze po wyłuszczeniu migdałka więcej się nie powtarzały. Temperatura w zasadzie opadała litycznie, w niektórych atoli przypadkach po operacji podnosiła się, lecz wkrótce opadała, aby po kilku dniach dojść do normalnej. Odczyn gruczołowy zmniejszał się już na drugi lub trzeci dzień. Jeżeli mieliśmy chorego z obrzękiem krtani, to ustępował on po 48 godzinach. Rana pooperacyjna wybitnie nie różniła się od takiejże po zwykłej tonsillektomii, cechował ją może większy obrzęk oraz nierówność brzegów, a dalsza ob-



Karty gorączkowe omówionych przypadków

serwacja wykazała, iż efekt kosmetyczny gardła w miejscu operowanym pozostawiał niekiedy wiele do życzenia: języczek był przesunięty w stronę operowaną, a w niektórych przypadkach stwierdzało się obecność mniejszego lub większego kawałka dolnego bieguna. Aczkolwiek niedokładności te dotyczyły tylko kilku naszych chorych, to powstanie ich jest zupełnie zrozumiałe: operowanie w środowisku naciekłym różni się od zwykłego — trudno jest niekiedy odróżnić tkankę migdałka od otaczających, aby móc dokładnie go obejść nożem i nie naruszywszy otoczenia wyłuszczyć. Niedokładności te zresztą nie sprawiały naszym chorym najmniejszych nawet dolegliwości. W jednym przypadku tonsillektomia nie dała żadnego wyniku, po trzech dniach musiano naciąć okolicę podszczękową, po nacięciu wydostano dużą ilość ropy. Brak efektu w tym przypadku odnieść należy do zbyt późnej interwencji chirurgicznej na migdałku, co spowodowane było pewnymi okolicznościami od nas niezależnymi. Przypadek ten poza tym z tego względu zasługuje na uwagę, iż potwierdza i wskazuje nam pochodzenie ropnia szyji: drobnoustroje w treści z poza migdałka i w treści ropnej na szyji były te same. Powikłań natury septycznej, powikłań ze strony nerek, stawów i serca u naszych chorych po wyłuszczeniu migdałka na „gorąco“ nie było.

Wnioski.

1. Wyłuszczenie migdałka „na gorąco“ traktować należy nie jako zabieg równorzędny z nacięciem ropnia, lecz jako ostateczna konieczność usuwająca możliwość ciężkich powikłań.

2. Wyłuszczenie migdałka winno być jednostronne czyli odnosić się powinno do tego migdałka, ze strony którego wychodzi powikłanie miejscowe lub ogólne, w wyjątkowych przypadkach obustronne, jeżeli przyczyna dla której migdałek wyłuszczamy tkwi jednocześnie w obu migdałkach.

3. Wskazaniem do tonsillektomii „na gorąco“ jest stan ogólny chorego oraz zmiany w obrębie migdałka wskazujące na istnienie ropnia okołomigdałkowego głęboko siedzącego czyli tzw. bocznego albo zewnętrznego.

4. Nacięcie ropnia okołomigdałkowego zastąpione może być tonsillektomią tylko wtedy, kiedy pierwsze nie dało należytego efektu w zrozumieniu wydostania treści ropnej lub opanowania przez dłuższy czas trwającego procesu zapalnego ostrego w samym migdałku lub jego otoczeniu.

Piśmiennictwo.

1. *Anders:* Zeitschr. f. Hals u. s. w. 1931. Bd. 29. H. 2—3.
2. *Blumenthal:* Folia Otolar. Bd. 19. H. 6.
3. *Batawia:* Polski Przegląd Otolar. Tom III.
4. *Claus:* Zeitschr. f. Hals u. s. w. 1928. Bd. 21.
5. *Chorążycki:* Polski Przegl. Otolar. Tom VIII.
6. *Erdélyi:* Monatschr. f. Ohrenheilk. u. s. w. Jahrg. 62. H. 3.
7. *Finder:* Denker und Kahler.
8. *Grossmann und Waldapfel:* Mon. f. Ohrenheilk u. s. w. Jahrg. 59. H. 6.
9. *Goerke:* Folia Otolaryng. Bd. 19. H. 4. 1930.
10. *Hajek:* Wiener Laryngo--rhinolog. Gesellsch. Sitzung v. 3 Marz 1923.
11. *Haardt:* cyt. według Zange.
12. *Haymann:* Münchener Med. Woch. 1933. S. 313, 107 i 33.
13. *Hutter:* cyt. według Batawii.
14. *Hybášek:* Polski Przegl. Otolar. Tom X, z. 2.
15. *Jankowski:* Polski Przegl. Otolar. Tom X.
16. *Kahler:* Folia Otolaryng. Bd. 19. H. 3.
17. *Klestadt:* Med. Welt 1933, N. 7.
18. *Kolbe:* Zeitschr. f. Hals u. s. w. Bd. 33. H. 1.
19. *Koenigstein:* Polski Przegląd Otolar. Tom II, z. 1—2.
20. *Kramm:* Zeitschr. f. Hals u. s. w. Bd. 35. H. 2.
21. *Kraus:* Mon. f. Ohrenheilk. u. s. w. 1920. Bd. 54. H. 7.
22. *Laskiewicz:* Polski Przegląd Otolar. Tom VIII.
23. *Levy:* D. Med. Wochen. 1911, n. 33.
24. *Levinger:* Mon. f. Ohrenheilk. u. s. w. 1920. Bd. 54. H. 7.
25. *Levinger:* Münchener Med. Woch. 1933. S. 273.
26. *Lenhartz:* Münchener Med. Woch. 1926. S. 906.
27. *Link:* Zeitschr. f. Hals u. s. w. 1933. Bd. 33.
28. *Szmurło:* Choroby jamy ustnej, gardła i przełyku. Wilno 1930.
29. *Uffenorde:* D. Med. Woch. 1926. S. 1633. N. 39.
30. *Uffenorde:* Zeitschr. f. Laryngologie u. s. w. 1925. Bd. XIII. S. 337.
31. *Völger:* Zeitschr. f. Laryngologie u. s. w. 1925. Bd. XIII. S. 312.
32. *Wirth:* Münchener Med. Woch. 1932. S. 1696.
33. *Zange:* Zeitschr. f. Hals u. s. w. 1927. Bd. 17.
34. *Zöllner:* Zietschr. f. Hals u. s. w. Bd. 33. H. 3. 1934.

Résumé.

J. Iwaszkiewicz. A propos de la tonsillectomie „a chaud" au cours des abscès peritonsillaires.

Après avoir fait une revue approfondie des méthodes de traitement des abcès périamygdaliens et de leurs complications locales et générales, appliquées jusqu'à présent et tenu compte de l'anatomie de la région de l'amygdale, l'auteur rapporte les indications, la technique et les résultats thérapeutiques de la tonsillectomie „à chaud", basés sur 16 cas. L'auteur n'a appliqué la tonsillectomie

à chauqu'à tire d'exception: sur 240 cas d'abcès périamygdaliens, traités par les méthodes ordinaires, le plus souvent par incision, avec bon résultat, la tonsillectomie n'a été pratiquée que dans 15 cas, c'est-à-dire 6,2% des abcès périamygdaliens observés et traités au cours de 3 années. Les indacations pour une tonsillecomie „à chaud“ étaient les suivantes: processus inflammatoire de longue durée dans l'amygdale dans lequel il n'y a pas formation d'un foyer inflammatoire déterminé et strictement localisé dont l'ablation eût pu être pratiquée par incision. Absence de pus après l'inusion de la région de l'abcès présumé, forte infiltration dans la région de l'amygdale provoquant d'une part de grandes souffrances subjectives, et de l'autre, une réaction des glandes de l'angle du maxillaire et sous-maxillaires. Outre ces données il y avait dans certains cas oedème du larynx et dyspnée. Dans 2 cas l'état septique du malade d'origine amygdalienne, a été une indication pour appliquer la tonsillectomie. Dans la plupart des cas a constaté au cours de tonsillectomie la présence d'un foyer inflammatoire, situé loin au-delà et à l'exterieur de l'amygdale: abcès périamygdalien latéral ou extérieur. Dans des cas où le trisme n'était pas fort et le malade n'était pas très susceptible, l'intervention a été pratiquée sous anesthésie locale, en badigeonnant la région de l'amygdale et de l'amygdale même avecde la cocaïne à 20% et injectant 10 cm. de novocaine à 1%, à distance des tissus injectés. L'opération a été fait sous anesthésie locale, en position assise. Pour l'anesthésie générale on a administré de l'Evipan-Natrium. Dans ce cas l'operation était faite en position demi-assise sur la table d'opération. L'anesthésie extérieure n'a pas été appliquée.

La durée de l'opération était courte: les tissus inflammatoires, cassants, se laissaient facilement décoller. L'hémoragie au cours de l'opération n'était pas importante et s'arrêtait bientôt.

Il n'y eut pas d'hémorragies coséculives.

Dès le lendemain de l'opération le malade éprouvait un soulagement considérable par suite de la disparition de la turgescence inflammatoire dans la région de l'amygdale: la douleur accompagnant la déglutition des aliments était diminuée. Les frissons ne revenaient plus après l'énucléation de l'amygdale. La temperature diminuait en générale peu à peu; dans certain cas elle augmentait immédiatement après l'opération, mais bientôt elle diminuait pour revenir à la norme après quelques jours. La réaction des glandes diminuait au lendemain ou au surlendemain de l'opération. L'oedè-

me du larynx disparaissait après 48 heures. La plaie post-opératoire ne présentait pas de différences plus importantes par rapport à celle que laisse la tonsillectomie ordinaire; l'observation ultérieure a montré que le résultat laisse parfois beaucoup à désirer quand à l'aspect cosmétique du pharynx après la tonsillectomie „à chaud". Dans un cas on n'a pas obtenu de résultat satisfaisant; il y a eu dans ce cas formation d'un abcès du cou. L'auteur en attribue la cause à la circonstance que intervention chirurgicale relative à l'amygdale a été pratiquée trop tard. Après la tonsillectomie on n'a pas observé chez les malades de complications de nature septique, ni de complications de la part du coeur, des articulations et de reins.

On n'énucléait qu'une seule amygdale en admettant que dans l'ectomie il ne s'agit pas d'une intervention suivant les indications universellement admises; on ne la pratiquait que par nécessité. Dans les cas où il fallait faire disparaîte des étaits que les méthodes ordinaires étaient incapables de maitriser. Il fallait empêcher les complications qui auraient pu se déclarer si l'intervention n'avait pas eu lieu. Dans un seul cas on a énuclée les 2 amygdales; dans ce cas qu'il n'a pas été possible d'ouvrir par les méthodes ordinaires.

Conclusions: La tonsillectomie „à chaud" doit être considérée non pas comme une intervention équivalente à l'incision de l'abcès, mais comme une extremité qui éloigne l'évantualité de graves complications. La tonsillectomie doit être unilatérale, c'est-à-dire relative à l'amygdale du côte de laquelle a lieu la complication locale ou générale; à titre d'exception elle doit être bilatérale, si l'indication qui la fait pratiquer concerne les 2 migdales. La tonillectomie „à chaud" est indiquée par l'état générale du malade et les modifications dans l'amygdalien qui indiquent l'existence d'un abcès périamygdalien sis profondément c'est-à-dire latéral ou exterieur.

L'incision de l'abcès périamygdalien ne peut être remplacée par la tonsillectomie que lorsque la première n'a pas donné de résultat satisfaisant, n'ayant pas permis d'extraire le contenu purulent ou de maîtriser le procesus inflammatoire purulent prolongé se déroulant dans l'amygdale même ou dans son voisinage.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej U. P.
(Dyrektor: Prof. Dr. *A. Laskiewicz*).

Dr. JAN MAŁECKI.

Migdałki a gospodarka wodna.

Zagadnienie stosunku migdałków do ustroju całego nie przestaje zajmować badaczy. *Erbrich* i *Lewenfisz* ogłosili ostatnio spostrzeżenia dotyczące występowania wielomoczu przejściowego po wyłuszczeniu migdałków. Wielomocz występował według wspomnianych autorów w każdym przypadku. *Wołkowyski* z Kliniki Wileńskiej spostrzeżeń tych nie potwierdził, co więcej przyszedł do wręcz odwrotnych wyników. Zmniejszenie ilości moczu *Wołkowyski* uzależnia od zmniejszenia ilości pokarmów płynnych. Chorzy spostrzegani przez *Wołkowyskiego* otrzymywali jak podaje autor „jednakową" dietę. Jak zdołaliśmy się jednak na własnym materjale przekonać, ilości rzeczywiście przyjętych płynów ulegają w poszczególnych dniach u poszczególnych chorych dość znacznym wahaniom; dlatego mierzyliśmy ściśle nietylko ilość dobową moczu, ale również ilość płynów przyjętych; tym też stosunkiem kierowaliśmy się przy ocenie naszych spostrzeżeń.

W pierwszym dniu po zabiegu ilość moczu zmniejsza się raptownie. Na 29 przypadków jedynie w jednym ilość moczu utrzymała się na poziomie dnia poprzedniego. W drugim dniu w 17 przyp. nastąpiło wyrównanie z ilością moczu przedoperacyjną, a w 8 przyp. wystąpiła wyraźna polyurja, t. zn., że ilość moczu przekroczyła liczbę przedoperacyjną a nawet ilość płynu doprowadzonego w tym dniu do ustroju. Jest to tym osobliwsze, że musimy liczyć się z znaczną utratą wody przez ślinę, skórę, płuca i przewód pokarmowy. Jest jeszcze trzecia grupa najmniej liczna — 3 przyp., w której zmniejszenie ilości moczu w drugim, a nawet trzecim dniu jest jeszcze bardzo wyraźne w porównaniu do doby przed zabiegiem i do ilości przyjętych płynów, a wyrównanie przychodzi bardzo powoli i stopniowo. Te dane wskazywałyby na zaburzenia w wydzielaniu moczu niezależnie od ilości przyjętych płynów.

Celem bliższego poznania wahań w gospodarce wodnej badaliśmy odczyn wodny skóry *Aldricha* i *Mc. Clure'a* (O. W. S.) wstrzykując codziennie doskórnie od dnia poprzedzającego zabieg wyłuszczenia migdałków do piątego dnia po operacji 0,2 cm³ roz-

czynu fizjologicznego soli. Miarą wodochłonności skóry był czas wsysania bąbla. Zmiany wodochłonności skóry stwierdzaliśmy tylko u chorych z poliurią; u nich bowiem w pierwszym dniu po zabiegu czas wsysania bąbla był dłuższy w porównaniu do dnia przed zabiegiem. W drugim i trzecim dniu następowało zwiększenie wodochłonności, aby w czwartym dniu opaść znowu do normy. Reszta chorych znaczniejszych wahań wodochłonności nie wykazywała a wyjątkowo występowało wychylenie w kierunku przeciwnym (grupa 3). Jak widzimy ustrój stara się — aczkolwiek rozporządza dużą elastycznością — zaburzenia w swej gospodarce wodnej szybko wyrównać: ilość bowiem wody krążącej jest dla ustroju stałą (Fliederbaum). Od czego zależą zaburzenia? Wiemy, że układ roślinny wywiera na gospodarkę wodną wpływ wybitny. Drażnienie prądem elektrycznym zwoju współczulnego szyjnego górnego wywołuje u zwierząt, po przejściowym zahamowaniu, wielomocz *(Shamoff)*: tak samo powoduje u ludzi przecięcie wspomnianego zwoju krótkotrwałą poliurję *(Lerichex* i *Fontaine)*.

Przewaga przywspółczulna m. i. zwiększa przepuszczalność ściany naczyniowej, sprzyja zatrzymywaniu wody przez wątrobę, mięśnie prążkowane, skórę i śledzionę, wzmaga wodochłonność skóry przyspieszając jednocześnie wydalanie płynów przez nerki *(Fliederbaum)*. Wiemy poza tem, że nadwyżka przywspółczulna zwiększa zawartość potasu i zasób zasad osocza. Zmiany napięcia układu nerwowego roślinnego w czasie i po zabiegach operacyjnych podzielić możemy na 3 okresy *(Hustin)*. W pierwszym, trwającym najdalej do wieczora dnia pooperacyjnego, mamy zwężenie naczyń — przewagę nerwu współczulnego, w drugim — od 2 do 5 wzgl. 6 dnia po zabiegu — występuje trwałe rozszerzenie naczyń — osłabienie nerwu współczulnego a co zatem idzie przewagę u. n. przywspółczulnego a w 7—9 dniu wyrównanie. Aczkolwiek Hustin nie podaje przyczyny powstawania tych zaburzeń uważam, że niemałą rolę odgrywa tu gwałtowne wyzwalanie się histaminy z histydyny w miejscu zabiegu na skutek urazu tkanek. Następuje zaburzenie stosunku histamina-histaminaza na niekorzyść tej ostatniej i wolna histamina wraz z podobnemi jej H-substancjami przedostają się do krwiobiegu. Twierdzenie moje opieram na zachowaniu się bąbla posurowiczego: bąbel po wstrzyknięciu doskórnie 0,2 cm^3 surowicy pobranej po zabiegu (S II) trwa dłużej i przewyższa rozmiarami bąbel kontrolny (S I) przeciętnie o 60—70%.

Histamina powoduje rozszerzenie naczyń włosowatych, wzmaga ich przepuszczalność, sprzyja przechodzeniu osocza do tkanek zagęszczając przez to krew. W stosunku do adrenaliny histamina jest antagonistą — obniża napięcie nerwu współczulnego podrażniając układ przywspółczulny. Powoduje alkalozę względną — zmniejszając własności krwi wiązania CO_2. Utrata krwi i narkoza podnosi wrażliwość ustroju na histaminę. Ze skutkami przerwania barjery histaminazowej chirurg niejednokrotnie spotyka się pod postacią wstrząsu pooperacyjnego.

Mając te fakty na uwadze śledziliśmy poziom zasobu zasad osocza (R. A.) przed i po zabiegu. Zachowanie się zasobu zasad jest znamienne. Spadek w pierwszym dniu (przewaga współczulna) w drugim i trzecim dniu nietylko wyrównuje się ale przechodzi nawet w nadwyżkę — najwyraźniej znowuż u osobników z poliurją. Faza druga niewątpliwie jest wyrazem nastawienia przywspółczulnego ustroju; to nastawienie powoduje przerzucanie jonów kwaśnych z krwiobiegu do tkanek *(Fliederbaum)*. Nastawienie ustroju współczulne w 1 dniu pooperacyjnym po zabiegach na szyji i w gardle uwarunkowane być może także urazem czysto mechanicznym a nadto miernego stopnia kwasicą względną wyrażającą się spadkiem zasobu zasad osocza. Brak pożywienia w pierwszym dniu przyczynia się również do zmniejszenia rezerwy alkalicznej — stany głodowe cechuje kwasica — i zmian w napięciu układu roślinnego. Nastawienie przywspółczulne zwiększa diurezę, jednocześnie sprzyja magazynowaniu wody przez wątrobę i mięśnie. W dniu zabiegu ustrój traci dużo płynów przez ślinienie, nerki i t. d. nie otrzymując wzamian nic lub prawie nic. Należałoby się spodziewać dążenia do wyrównania. Tak też jest istotnie: bo jeżeli podsumujemy ilości płynów i moczu okresu badanego to podpada duża różnica na niekorzyść moczu nawet u osobników wykazujących przejściową poliurję (uwzględniwszy wodę utraconą innemi drogami). Wynika z tego, że regulacja gospodarki wodnej jest bardzo sprawna. W pierwszych godzinach po wyłuszczeniu migdałków panuje nastawienie ustroju współczulne, kwaśne ze zwężeniem naczyń, rozpadem tkanek, wyzwalaniem histaminy i rozkładaniem tejże przez histaminazę jak długo tej ostatniej „starczy", aby już przy końcu pierwszej doby przejść w nadwyżkę przywspółczulną — dalszy rozpad tkanek w miejscu operacji i przerwanie tamy histaminazowej. Temu też odpowiadają zmiany diurezy. Zmniejszenie ilości moczu w pierwszym dniu uwarunko-

wane jest nietylko ograniczeniem wzgl. wstrzymaniem dowozu płynów do ustroju ale również stanem układu roślinnego. Płyny przyjęte w drugim dniu działać mogą jak uderzenie wodne. Poliuria tem łatwiej dochodzi do skutku, że nastąpiło już przestrojenie ustroju przywspółczulne. To też skłonni jesteśmy zmiany w gospodarce wodnej ustroju po wyłuszczeniu migdałków odnieść raczej do nadmiernego przedostawania się histaminy i H-substancyj do krwiobiegu i do zmian w układzie nerwowym mimowolnym — a nie wyłącznie tylko do zmian w dowozie płynów, aczkolwiek ten czynnik odgrywa pewną rolę. Natężenie tych zaburzeń zależeć będzie od pobudliwości układu roślinnego i stanu, w jakim się on w danej chwili znajduje.

Wnioski:

Zaburzenia w gospodarce wodnej ustroju występujące po wycięciu migdałków:

1. są zmienne i krótkotrwałe,
2. nie są charakterystyczne dla usunięcia migdałków a zatem nie należą od ewentl. czynności dokrewnej migdałków.
3. nie są wyłącznie następstwem zmian w odżywianiu — ale zależą przedewszystkiem od nadmiernego przedostawania się histaminy i H-substancyj do krwiobiegu i zmian napięcia układu roślinnego.

Piśmiennictwo.

1. *Erbrich i Lewenfisz:* P. Przegl. Oto-lar. t. IX, 3—4.
2. *Wołkowyski:* P. Przegl. Oto-lar. t. XI, 1.
3. *Hustin:* Mem. d. l'Acad. de Chir. 1936, nr. 5.
4. *Fliederbaum:* Warsz. Czas. Lek. 1934, 1.
5. *Leriche-Fontaine:* Pr. Med. 1928, 99, 1577.
6. *Shamoff:* Am. J. Phys. 1916, 39, 3.

Résumé.

J. Małecki. Les amygdales et le bilan hydrique de l'organisme.

L'auteur a examiné chez 29 malades avant et après l'opération l'état du bilan hydrique en déterminant la quantité des liquides pus par les malades, la quantité de l'urine, la réserve alcaline et l'hydrophilie du tissu sous-cutané d'après Mc. Clure et Aldrich. Le premier jour après l'opération la quantité de l'urine diminue rapidement. Le lendemain chez 17 malades la quantité de l'urine a egalé

celle du jour précédant l'opération, chez 8 malades ou a observé une polyurie, dans 3 cas la dimunition de l'urine a progressé. L'hydrophilie était le premier jour augmenté chez les polyuriques, tandis que le deuxième et le troisième jours elle était diminuée. Les troubles dans le bilan hydrique après l'amygdalectomie ne sont pas charactéristiques et ne dépendent des fonctions endocrines éventuelles des amygdales. Elles ne dépendent pas uniquement des changements de la nutrition, mais elles résultent de la tension du systeme nerveux autonome et de l'entré surabondante dans le sang de l'histamine et des substances rapprochées provenantes des tissus endommagés en lieu operé ce qui est prouvé par l'agrandissement de 60—70% de la vésicule après l'injection intradermique du serum pris après l'opération.

Z Kliniki chorób gardła, nosa, i uszu U. P. (Dyr. prof. dr *A. Laskiewicz)*
i z Zakładu Anatomii Patologicznej U. P.

Dr med. A. RADZYMIŃSKI. i BR. KRAJNIK,
st. asystent Kliniki st. asystent Zakładu.

W sprawie obrazów histopatologicznych polipów ucha środkowego.

Polipy są jednym z częściej spotykanych powikłań zapaleń ucha środkowego i stanowią patologiczną przeszkodę w leczeniu tychże stanów zapalnych. Przyczyną powstawania polipów jest zwykle długotrwałe ropienie towarzyszące przewlekłym schorzeniom ucha środkowego. Mała objętość jamy bębenkowej sprawia, że polip rozrasta się w kierunku przewodu usznego zewnętrznego. Najczęstszymi miejscami przejścia polipa są przedziurawienia: błony wiotkiej *Schrappnela* i okolicy górno-tylnego kwadrantu błony bębenkowej. Polipy nieusunięte operacyjnie wzgl. nieprzypalone utrzymują się bardzo długo. Były one już znane starożytnym lekarzom, jak: *Celsus, Paul d'Egine, Guy de Chauliac, de Salicet, Fabrice de Hilden* i t. d. Pierwszy, który podzielił polipy na podstawie ich budowy histologicznej był *Pappenheim. Gaal* odróżnia polipy dobrotliwe i złośliwe. *Steudener* natomiast dzieli polipy na te, które wychodzą z błony śluzowej, dalej na włókniaki o wyraźnej strukturze łącznotkankowej i na śluzaki.

Moor i *Steinbrügge* podzielili polipy na ziarniniaki, naczyniakowłókniaki i śluzaki. Pomiędzy ziarniniakami a polipami włóknistymi znajdują się postacie pośrednie różniące się jedynie więcej lub mniej zbitą tkanką łączną. Podziały polipów są jednak niedokładne i trudno je ściślej zróżniczkować. Byłoby to możliwe tylko wtedy, gdyby chodziło naprawdę o nowotwór w ścisłym tego słowa znaczeniu, niezależny od procesów zapalnych.

Przyczyną powstawania polipów są długotrwałe bodźce różnego rodzaju działające na ucho środkowe jak stany zapalne, złogi soli wapniowych, kryształki cholesteryny, włosy *(Kuhn, Weidner-Scheibe)*, kawałki waty, różne środki lecznicze, poza tym bodźce chemiczne oraz bakterie. Nowotworzenie się kości w polipach stwierdzał *Politzer* i *Bezolt*. *Itard* i *Urbantschitsch* twierdzą, że polipy mogą się rozwijać bez widocznej przyczyny i bez uprzedniego ropienia. Mogą być wrodzone u ludzi dotkniętych anomaliami konstytucyjnymi lub skrofulozą.

Wiek i płeć nie posiadają większego wpływu na występowanie polipów u ludzi. Spotyka się je bowiem w każdym okresie życia człowieka, przeważnie jednak w wieku średnim. *Urbantschitsch* i *Itard* opisują przypadki występowania polipów również u noworodków.

Z pośród materiału ambulatorium kliniki chorób gardła, nosa i uszu U. P. za czas od r. 1922 do 1937, który obejmuje 44 260 chorych — przypada na schorzenia ostre i przewlekłe ucha środkowego 5 410 chorych. Pod względem wieku i płci podzielić można materiał następująco:

	płeć męska	płeć żeńska
1. do 1 roku życia przypada 336 schorzeń ostrych ucha środkowego z tego —	200	136
a przewlekłych schorzeń ucha środkowego 83, z tego —	54	29
w tym 5 polipów czyli 6%	3	2
2. od 1—10 roku życia przypada:		
a) ostrych schorzeń ucha środkowego 554	318	236
b) przewlekłych schorzeń ucha środ. 403	245	158
c) polipów 83 czyli 8,74%	43	40
3. od 11—20 roku życia przypada:		
a) ostrych schorzeń ucha środkowego 427	162	265

b) przewlekłych schorzeń ucha środk. 619	349	270
c) polipów 206 czyli 19,1%	111	95
4. od 21—30 roku życia przypada:		
a) ostrych schorzeń ucha środkowego 591	341	250
b) przewlekłych schorzeń ucha środk. 789	473	316
c) polipów 245 czyli 17,6%	155	90
5. od 31—40 roku życia przypada:		
a) ostrych schorzeń ucha środkowego 254	159	95
b) przewlekłych schorzeń ucha środk. 277	166	111
c) polipów 87 czyli 16,4%	66	21
6. od 41—50 roku życia przypada:		
a) ostrych schorzeń ucha środkowego 100	60	40
b) przewlekłych schorzeń ucha środk. 128	92	36
c) polipów 32 czyli 9,6%	23	9
7. od 51 roku życia wzwyż przypada:		
a) ostrych schorzeń ucha środkowego 83	53	30
b) przewlekłych schorzeń ucha środk. 90	59	31
c) polipów 18 czyli 10,4%	10	8
ogółem	2 731	2 003
polipów	411	265
	3 142	2 268

Jak stwierdzić można z powyższego zestawienia najczęściej zapaleniem ucha środkowego dotknięci są ludzie od 2—30 r. życia. Zgodne jest to ze statystyką *Szmurły* z Kliniki Wileńskiej, która jednakże obejmuje przypadki dopiero od 15 roku życia wzwyż. Polipy zaś występują często od 11—40 roku a najczęściej, bo aż 19,1% w latach od 11—20 r. życia. Według naszej statystyki mężczyzn dotkniętych zapaleniem ucha środkowego było 3 142 czyli 58%, kobiet zaś 2 268 czyli 42%. Również i ilość polipów u mężczyzn jest znacznie większa, bo wynosi 411 przypadków czyli 15,4%, u kobiet 265 przypadków czyli 13,2%.

Najczęstszym miejscem rozwoju polipów jest ściana wewnętrzna i dolna jamy bębenkowej, kosteczki słuchowe i uchyłek górny. rzadziej wychodzą one z komórek wyrostka sutkowego i trąbki Eustachiusza. *Voltolini* widział również na zwłokach polipy wychodzące z trąbki Eustachiusza. Spotyka się również polipy na tylno-górnej części błony bębenkowej, dalej w jej części wiotkiej lub też na brzegach przedziurawienia. Polipy wyrastające z wew-

nętrznej ściany jamy bębenkowej bardzo szybko rosną a przy wycinaniu ich krwawienie jest małe z powodu silniejszego rozrostu tkanki łącznej oraz małej ilości naczyń krwionośnych. Polipy natomiast wychodzące z uchyłka górnego jamy bębenkowej cechują się mniejszym rozrostem, krwawią jednak silnie przy ich usuwaniu.

Przy polipach ucha środkowego występuje prawie zawsze wydzielina ropna. Wydzielina ta często zabarwiona jest krwią zwłaszcza przy polipach małych, ziarninowych, wychodzących z uchyłka górnego jamy bębenkowej. Otoskopowo przedstawiają się one w postaci maliny barwy żywo-czerwonej i krwawią za najmniejszym dotknięciem zgłębnikiem. Polipy duże wychodzą zwykle ze wzgórka i nie krwawią tak silnie, pokryte są jednak zawsze wydzieliną ropną. Mogą się one rozrastać tak, że niekiedy dochodzą do dużych rozmiarów i wypełeniają często przewód zewnętrzny ucha, sterczą nawet nazewnątrz. Percepcja słuchu jest zawsze upośledzona w zależności od stanu zasadniczego schorzenia ucha środkowego. Badanie stroikowe wykazuje zachowanie się siły słuchu podobnie jak w schorzeniach ucha środkowego i zewnętrznego. Polipy mogą czasami nie dawać żadnych objawów podmiotowych. Z chwilą jednak gdy polip utrudnia wzgl. uniemożliwia odpływ ropy z jamy bębenkowej występuje cały zespół objawów jak uczucie pełności, ucisku, bóle ucha, wyrostka sutkowego i głowy, nudności, wymioty a także podwyższenie ciepłoty ciała. Zazwyczaj powyższe objawy cofają się po usunięciu polipa o ile oczywiście nie wywołuje ich inne schorzenie ucha środkowego. Poza tym zdarzają się, wprawdzie rzadko, objawy nerwowe wywołane podrażnieniem nerwu błędnego, jak kaszel, częste kichanie, zwężenie źrenicy oka i porażenie nerwu twarzowego *(Schwarze, Schmiegelów). Inarez de Mendozo* obserwował przypadek padaczki, która po usunięciu polipa usznego ustąpiła. *Hilaret* przytacza przypadek polipa usznego, który wywołał odruchy nerwowe, móżdżkowe i zwojowe z objawami bólu głowy i osłabieniem pamięci. Według *Mac Ewena* polipy wychodzące z górnego uchyłka jamy bębenkowej mają skłonność do nawrotów i są bardziej niebezpieczne aniżeli polipy wychodzące z innych okolic ucha środkowego. Najczęściej powodują utrudnienie odpływu ropy z jamy bębenkowej i następowo mogą wywołać powikłania zewnątrz lub wewnątrzczaszkowe. Wzrost polipów posiada różne nasilenie. Przeważnie są one nieduże pomimo długotrwałego schorzenia, często jednak rosną bardzo szybko, przy czym polipy śluzowe rozwijają się szybciej

aniżeli polipy włókniste. Co do występowania gruczołów łojowych w polipach zdania są podzielone. *Görke* i *Brühl* opisują podobne przypadki, *Kümmell* i *Preising* jednak przeczą występowaniu gruczołów w polipach. *Coutarde* wśród utkania polipów stwierdził również krwiotoki.

Rokowanie w związku z polipami ucha środkowego jest niepomyślne. Są one wyrazem poważnego schorzenia i stają się przyczyną ciężkich powikłań. Po wyleczeniu polipów jamy bębenkowej lub błony bębenkowej słuch zazwyczaj poprawia się, ponieważ usunięto przeszkodę w przewodzeniu głosu. Zupełne wyleczenie polipów jest bardzo trudne a częste nawroty mimo leczenia z objawami utrudnionego odpływu ropy stają się wskazaniami do doszczętnej operacji ucha środkowego.

Budowa histologiczna. Polipy na ogół są guzkami łagodnymi, posiadającymi własną szypułę lub też osadzone są na szerokiej podstawie i składają się z tkanki ziarninowej pokrytej często nabłonkiem. Kształt ich jest przeważnie okrągły, wydłużony lub maczugowaty a powierzchnia nierówna czasami gładka, spoistość miękka lub twarda. Görke i inni dzielą polipy na polipy błony śluzowej (Schleimhautpolypen) i polipy ziarninowe (Granulationspolypen). *Niemack* i inni dzielą je w zależności od budowy histologicznej tkanki — i tak odróżniają: włókniaki, włókniako-nabłoniaki, włókniako-śluzaki, naczyniaki i naczyniako-włókniaki. Histologicznie polipy przynajmniej w większości przypadków według wyżej wspomnianych autorów nie są nowotworami a przedstawiają raczej utkanie tkanki ziarninowej składającej się z młodej tkanki łącznej z licznymi naczyniami krwionośnymi, z fibroblastów młodych oraz z komórek owalnych i wrzecinowatych. *Brühl* znalazł w 70,83% badanych polipów tkankę ziarninową a w 25 % przeważała tkanka włóknista. W podścielisku stwierdził on przeważnie komórki wielojądrzaste oraz plazmatyczne. Często jednak brak było pokrycia nabłonkowego. W 4% zauważył *Brühl* prawdziwe nowotwory jak: włókniaki i śluzako-włókniaki. *Manasse* znalazł wśród utkania polipów starszych wielojądrzaste komórki olbrzymie, które układały się w postaci pierścienia dookoła ogniska nabłonka wielowarstwowego płaskiego i zawierały nieraz szczątki komórek naskórka oraz kryształki cholesteryny. Zdaniem jego są to komórki olbrzymie ciał obcych powstające na skutek wniknięcia ciała obcego. Polipy są bardzo często pokryte nabłonkiem wielowarstwo-

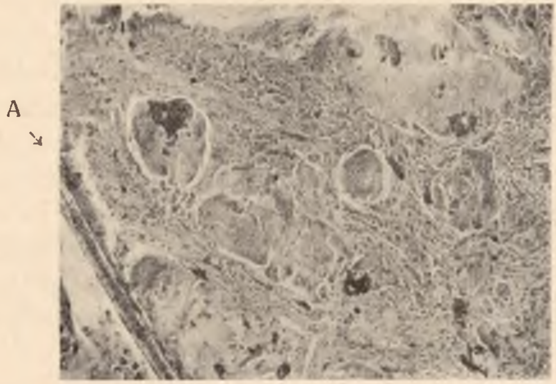
wym płaskim, cylindrycznym lub mieszanym. Nabłonek w większości przypadków jest uszkodzony przez proces ropny wzgl. też brak w niektórych polipach pokrycia nabłonkowego; mówimy wtedy o t. zw. obnażonych polipach. Według badań *Moosa* i *Steinbrügga* i innych warstwa Malpighi'ego wysyła wypustki do utkania polipa, przy czym wypustki te mogą ulegać zrogowaceniu, stąd też w skrawkach trafionych poprzecznie zauważyć można perły rogowe. Czasami w tkance podścieliskowej dostrzega się również strzępki nabłonka pokrywającego. Zostaje on oderwany i otoczony pasmami tkanki łącznej na skutek toczącego się procesu zapalnego. *Zenoni* widział w polipie tworzenie się perlaka a *Politzer* i *Manasse* dostrzegli wśród utkania polipów również torbiele wyścielone nabłonkiem i zawierające masy śluzowe. Polipy błony śluzowej mają kształt przeważnie owalny, są uszypułowane i składają się z tkanki śluzakowo-włóknistej, która u podstawy polipa wykazuje liczne naczynia krwionośne. Pokryte są one z reguły nabłonkiem. Polipy ziarninowe często nie wykazują nabłonka a składają się z licznych naczyń krwionośnych oraz z delikatnej tkanki łącznej, wśród której dostrzega się liczne leukocyty wielopłatowe obojętno i eozynochłonne, limfocyty i komórki plazmatyczne. Polipy ziarninowe rosną względnie szybko, ponieważ brak im pokrycia nabłonkowego. Tkanka podścieliskowa w świeżych polipach wykazuje daleko posunięte zmiany obrzękowe, z czasem jednak ulega ona zmianom szklistym.

Zestawienie przypadków.

P r z y p a d e k 1: Dziewczyna Sz. S., lat 14, choruje od 3 lat na ropotok obydwu uszu. Z wywiadu nie można wywnioskować o przyczynie schorzenia. Otoskopowo stwierdza się w uchu prawym polip o spoistości miękkiej, barwy jasno-różowej i powierzchni nierównej, oblepiony wydzieliną ropną, zajmujący połowę przewodu usznego zewnętrznego: ucho lewe wykazuje wydzielinę ropną, po oczyszczeniu której widoczny duży ubytek w przedniodolnej części błony bębenkowej. Percepcja słuchu na przewodnictwo powietrzne obydwu uszu zwłaszcza na ucho prawe upośledzona. Weber lateryzacja — ucho prawe. Schwabach przedłużony, zwłaszcza w uchu prawym. Rinne ujemny obustronnie. Polip usunięto zimną pętlą Wildego. Przy usuwaniu polipa krwawienie jest nieznaczne.

Badanie mikroskopowe wykazuje twór polipowy pokryty nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, wykazującym w kilku miejscach ubytki. W tkance podścieliskowej stwierdza się zmiany obrzękowe a wśród pasm jej dostrzega się typowe składniki dla ziarniny. Rozpoznanie: Polip ziarninowy.

Przypadek 2: S. A., lat 53, mężczyzna, choruje od 15 lat na ucho prawe. Kilkakrotnie usuwano mu polipy. Otoskopowo stwierdza się nieznaczną ilość wydzieliny ropnej gęstej, lekko cuchnącej, po oczyszczeniu jej widoczna ziarnina o barwie i kształcie maliny, wychodząca z górno-tylnej części błony bębenkowej. Przy oglądaniu lupą widoczne małe ciemne pasmo podobne do włosa. Percepcja słuchu typowa dla schorzenia ucha środkowego. Usunię-



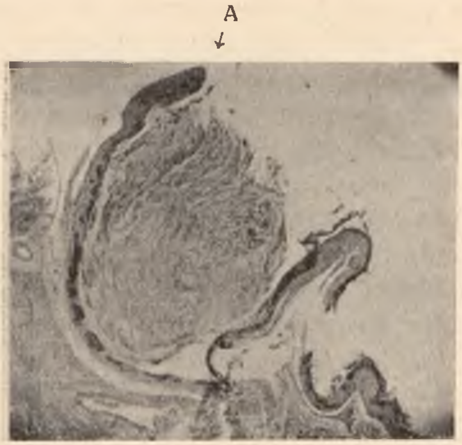
Fot. 1. A. Włos, a dookoła niego liczne komórki olbrzymie.

to polip kleszczykami usznymi, krwawienie znaczne. Po anemizacji adrenaliną widoczna perforacja błony bębenkowej przylegającej do uchyłka jamy bębenkowej.

Badanie mikroskopowe wykazuje polip pokryty jednorzędowym nabłonkiem cylindrycznym. W tkance podnabłonkowej dostrzega się pasma włosa, dookoła którego układają się liczne komórki olbrzymie wielojądrzaste. Jądra tych komórek ułożone są przeważnie w środku komórki (Fot. 1). W nabłonku pokrywającym widać twór okrągły o układzie koncentrycznym, barwiący się różowo eozyną. Rozpoznanie: Polip ziarninowy (perlak — Fot. 2).

P r z y p a d e k 3: P. P., lat 26, kobieta, skarży się, że od kilku lat cierpi na ropotok ucha lewego, który wystąpił po „zaziębieniu". Otoskopowo stwierdza się wydzielinę ropną, po usunięciu której dostrzega się ziarninę wychodzącą z tylno-dolnej części błony bębenkowej. Ziarninę usunięto kleszczykami usznymi. Krwawienie małe.

Badanie mikroskopowe wykazuje polip pokryty nabłonkiem wielowarstwowym płaskim. W tkance podścieliskowej stwierdza się daleko posunięte zmiany obrzękowe oraz nacieki zapalne z leukocytów wielopłatowych obojętnochłonnych, komórek plazmatycznych i limfocytów. Rozpoznanie: Polip ziarninowy.



Fot. 2. A. Perlak.

P r z y p a d e k 4: J. F., lat 28, mężczyzna, cierpi od 2 lat na ropotok ucha prawego oraz skarży się na upośledzenie słuchu. Otoskopowo stwierdza się duży polip wypełniający cały przewód zewnętrzny i wychodzący na muszlę. Polip pokryty jest ropą barwy szarej. Percepcja słuchu upośledzona. Przy usuwaniu polipa krwawienie średnie. Po anemizacji adrenaliną widoczny ubytek całej dolnej części błony bębenkowej. Polip usunięto pętlą Wildego.

Badanie mikroskopowe wykazuje polip pokryty nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, który w jednym miejscu przechodzi w nabłonek cylindryczny. Tkanka podścieliskowa wykazuje typowe składniki dla ziarniny. Rozpoznanie: Polip ziarninowy.

P r z y p a d e k 5: Ch. Z., dziewczynka lat 4, choruje od 2 lat po odrze na zapalenie ucha lewego. Poprzednio usuwano jej poli-

py. W ostatnich dniach przed przyjściem do kliniki poczęła odczuwać bóle ucha oraz miała nieznacznie podniesioną ciepłotę ciała. Otoskopowo stwierdza się wydzielinę ropną, po usunięciu której widoczna ziarnina w górno-tylnej okolicy przewodu zewnętrznego. Przy dotykaniu zgłębnikiem ziarnina krwawi. Ziarninę usunięto pętlą Wildego.

Badanie mikroskopowe wykazuje polip pokryty nabłonkiem jednorzędowym cylindrycznym. Tkanka podścieliskowa jest silnie obrzęknięta z bardzo licznymi komórkami plazmatycznymi, limfocytami, fibroblastami i pojedyńczymi krwinkami czerwonymi. Rozpoznanie: Polip ziarniniowy.

P r z y p a d e k 6: B. J., dziewczynka, lat 9, zachorowała przed pół rokiem po grypie na ucho prawe. Otoskopowo stwierdza się wydzielinę ropną, po usunięciu której dostrzega się ziarninę wychodzącą z górnej części błony bębenkowej. Percepcja słuchu typowa dla schorzenia ucha środkowego. Usuwa się ziarninę pętlą Wildego, resztki zaś szczypczykami usznymi.

Badanie mikroskopowe przedstawia utkanie polipa pokrytego nabłonkiem wielowarstwowym płaskim. W tkance podścieliskowej widoczne składniki charakterystyczne dla tkanki ziarninowej. Rozpoznanie: Polip ziarninowy.

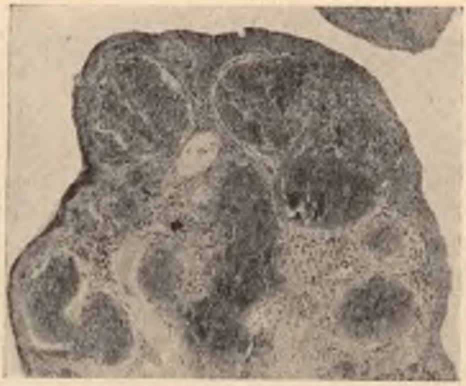
P r z y p a d e k 7: F. A., lat 67, chorowała w 12 roku życia na płonicę, po której wystąpiło zapalenie ucha środkowego prawego. Leczyła się kilkakrotnie. Obecnie od 4 lat nie leczy się zupełnie i zgłasza się do kliniki z tym, że znacznie gorzej słyszy na ucho prawe. Otoskopowo stwierdza się polip wypełniający połowę przewodu usznego zewnętrznego. Wydzielina ropna, gęsta, w nieznacznej ilości; poza tym polip pokryty jest delikatnymi błonkami szarymi. Przy usuwaniu polipa krwawienie znaczne. Pobrana wydzielina ropna do badania bakteriologicznego wykazała laseczki błonicze. Następowe leczenie zapalenia ucha środkowego wkraplaniami surowicy przeciwbłoniczej przyniosło wybitną poprawę.

Badanie mikroskopowe wykazuje polip pokryty nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, który przechodzi w jednorzędowy nabłonek cylindryczny. W tkance podnabłonkowej dostrzega się liczne nadmiernie rozszerzone naczynia krwionośne obficie wypełnione krwinkami czerwonymi. Wśród pasm delikatnych tkanki łącznej dostrzega się typowe składniki dla ziarniny oraz nowotworzenie się naczyń krwionośnych. Rozpoznanie: Polip ziarninowy (Fot. 3).

Przypadek 8: St. Cz., chłopiec, lat 10, skarży się od 2 lat na dolegliwości ze strony ucha lewego, które wystąpiły po grypie. Otoskopowo stwierdza się wydzielinę ropną, po oczyszczeniu której widoczna jest ziarnina silnie krwawiąca przy dotknięciu zgłębnikiem. Polip usuwa się pętlą Wildego.

Obraz mikroskopowy przedstawia utkanie polipa ze składnikami tkanki ziarninowej pokrytej nabłonkiem jednorzędowym cylindrycznym. Rozpoznanie: Polip ziarninowy.

Przypadek 9: M. S., kobieta lat 21, skarży się od kilku lat na wyciek z ucha lewego, powstały rzekomo po „przeziębieniu“.



Fot. 3. Nadmiernie rozszerzone naczynia krwionośne wypełnione krwinkami czerwonymi.

Otoskopowo stwierdza się wydzielinę ropną, po usunięciu której widoczny jest polip barwy żywo-czerwonej.

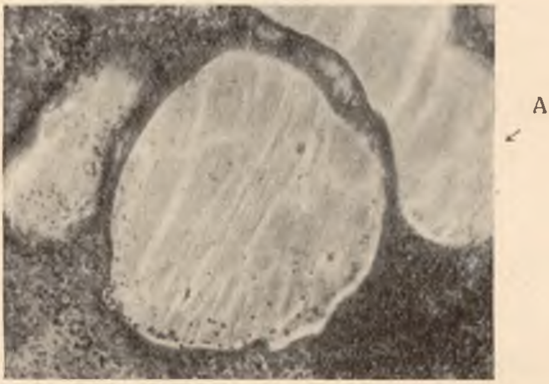
Badanie mikroskopowe wykazuje polip pokryty nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, który w kilku miejscach przechodzi w nabłonek jednorzędowy cylindryczny. W tkance podnabłonkowej dostrzega się liczne gruczoły wyścielone jednorzędowym nabłonkiem, miejscami nawarstwiającym się oraz torbiele kształtu okrągłego i owalnego z zawartością ściętych mas białkowych. Wśród pasm tkanki łącznej z typowymi składnikami ziarniny zauważa się komórki duże, obładowane barwikiem złocistym. Rozpoznanie: Polip ziarninowy (Fot. 4).

Przypadek 10: M. St., kobieta, lat 22, skarży się na dolegliwości od kilku lat ze strony ucha lewego. Obecnie od kilku mie-

sięcy wyciek ropny znacznie nasilił się. Otoskopowo widoczny polip twardy, różowy, zapełniający połowę przewodu usznego zewnętrznego. Po usunięciu polipa widoczny ubytek w dolnej części błony bębenkowej.

Badanie mikroskopowe wykazuje tkankę łączną z daleko posuniętymi zmianami szklistymi. Naczyń krwionośnych jest bardzo mało a dookoła nich widoczne są nacieki zapalne z limfocytów. Rozpoznanie: Polip ziarninowy z daleko posuniętymi zmianami szklistymi.

Przypadek 11: M. S., lat 10, dziewczynka, skarży się na dolegliwości od dłuższego czasu ze strony ucha lewego. Otosko-



Fot. 4. A. Torbiele z zawartością ściętych mas białkowych.

powo po usunięciu ropy widoczna jest ziarnina w okolicy tylnej i dolnej części błony bębenkowej.

Badanie mikroskopowe wykazuje polip z typowymi dla ziarniny składnikami oraz z świeżymi masami krwiotocznymi. Rozpoznanie: Polip ziarninowy.

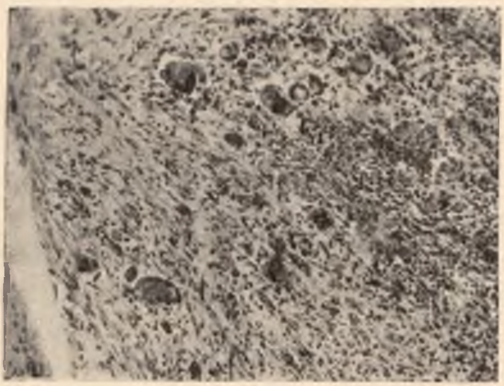
Przypadek 12: K. W., lat 31, mężczyzna, skarży się na ropienie z ucha prawego, które wystąpiło po szkarlatynie. Po oczyszczeniu z wydzieliny ropnej widoczny polip o powierzchni nierównej.

Badanie mikroskopowe wykazuje polip posiadający własną szypułę z licznymi limfocytami oraz leukocytami wielopłatowymi obojętnochłonnymi. Utkanie samego polipa składa się z tkanki łącznej pasmowatej z licznymi naczyniami krwionśnymi oraz ko-

mórkami plazmatycznymi i limfocytami. W jednym miejscu stwierdza się ognisko martwicze dookoła którego ułożone są komórki olbrzymie (Fot. 5). Rozpoznanie: Polip ziarninowy.

Przypadek 13: S. N., lat 25, choruje od kilku lat na ucho prawe. Po usunięciu wydzieliny ropnej zauważa się twór miękki, gąbczasty, blado-różowy, wypełniający połowę przewodu usznego zewnętrznego.

Badanie mikroskopowe wykazuje liczne naczynia wyścielone śródbłonkiem. Naczynia te łączą się między sobą tworząc rodzaj siatki i są przeważnie puste wzgl. też zawierają ścięty płyn białkowy. Polip pokryty jest nabłonkiem cylindrycznym. Rozpoznanie: Naczyniak limfatyczny.



Fot. 5. Komórki olbrzymie.

Przypadek 14: W. J., lat 35, mężczyzna, choruje od kilku lat na zapalenie ucha prawego. Obecnie od miesiąca odczuwa silne bóle ucha prawego i zawroty głowy. Otoskopowo stwierdza się ziarninę polipowatą wypełniającą górną część przewodu usznego zewnętrznego. Po usunięciu polipa widoczny ubytek w górnej części błony bębenkowej.

Badanie mikroskopowe wykazuje polip bez pokrycia nabłonkowego z typowymi składnikami ziarniny. Rozpoznanie: Polip ziarninowy.

Przypadek 15: A. Z., lat 12, dziewczynka, choruje od kilku lat po zaziębieniu na obydwa uszy. Otoskopowo stwierdza się w uchu lewym polip wychodzący z uchyłka górnego jamy bę-

benkowej; w uchu prawym wydzielina ropna, po oczyszczeniu której widoczny ubytek w dolnej części błony bębenkowej. Przy usuwaniu polipa z ucha lewego występuje znaczne krwawienie. Badanie mikroskopowe wykazuje polip pokryty nabłonkiem wielowarstwowym płaskim z licznymi naczyniami krwionośnymi oraz składnikami ziarninowymi. W tkance podścieliskowej poza tym dostrzega się twory gruczołowe wyścielone jednorzędowym nabłonkiem cylindrycznym. Rozpoznanie: Polip ziarninowy.

Przypadek 16: F. J., lat 12, chłopiec, skarży się na osłabienie słuchu od dłuższego czasu. Otoskopowo stwierdza się w uchu lewym polip ziarninowy wychodzący z górnego uchyłka jamy bębenkowej.

Badanie mikroskopowe wykazuje wśród utkania polipa twory okrągłe lub owalne o układzie koncentrycznym i zabarwieniu różowym eozyną. Rozpoznanie: Polip ziarninowy (perlak).

Jak stwierdzić można na ogólną liczbę 16-tu polipów 15 posiada utkanie o charakterze tkanki ziarninowej a w jednym tylko przypadku (13) mamy do czynienia z nowotworem w ścisłym tego słowa znaczeniu. Tkanka łączna wykazuje przeważnie zmiany obrzękowe i jest dość silnie rozwinięta. W jednym tylko przypadku (10) wykazuje ona znaczne zmiany szkliste. Wśród utkania polipów w przypadkach 9 i 15 spotkaliśmy również twory gruczołowe a w przypadkach 2 i 12 komórki olbrzymie wielojądrzaste, przy czym w 2 przypadku wśród utkania polipa znaleźliśmy strzępki włosa. Pokrycie nabłonkowe polipów w większości przypadków składa się z nabłonka wielowarstwowego płaskiego dalej z cylindrycznego a w 4 przypadkach z nabłonka mieszanego. W 11 i 14 przypadku brak jest zupełnie pokrycia nabłonkowego. W przypadku 2 i 16 stwierdziliśmy wśród utkania perlaki, przy czym polipy te wychodzą z okolicy górno-tylnej części błony bębenkowej. Przyczyną ich jest według Nowickiego długotrwałe ropienie.

Wnioski.

1. Najczęstszym powikłaniem zapalenia ucha środkowego są polipy wychodzące z okolicy górno-tylnego kwadrantu błony bębenkowej.

2. W większości przypadków są to polipy ziarninowe powstałe na skutek długotrwałych bodźców zapalnych.

3. Polipy wychodzące z uchyłka górnego jamy bębenkowej charakteryzują się małym rozrostem, są jednak przyczyną częstych krwawień.

4. Polipy wychodzące ze wzgórka i z wewnętrznej ściany jamy bębenkowej krwawią znacznie mniej i charakteryzują się dużym rozrostem.

5. Polipy wychodzące z uchyłka górnego jamy bębenkowej wykazują niekiedy wśród utkania perlaki.

6. W większości przypadków polipy pokryte są nabłonkiem.

7. Zmiany bliznowate wśród utkania polipów spotyka się stosunkowo rzadko.

Piśmiennictwo.

Théodore Heiman: L'oreille et ses maladies. Paris 1914 II. Partie spec. str. 837—851.

Szmurło: Choroby ucha. Wilno 1933 r.

Żebrowski: Zarys otiatrii. Warszawa 1921.

Portmann, Kistler: Les otites moyennes aigues et chron.

C. Donalies: Die Pathologie der Geschwülste des Gehörorganes. Lubarsch-Ostertag — Ergebnisse der allgemeinen Pathologie u. pathologischen Anatomie des Menschen u. der Tiere. R. 1907, str. 177.

Karl Wittmack: Die extracraniellen u. extralabyrintären Komplikationen der chron. Mittelohrentzündungen. Henke-Lubarsch — Handbuch der speziellen pathol. Anat. Tom XII. Gehörorgan.

Szmurło: Polski Przegląd Oto-laryngol. Tom IX, zeszyt 3—4.

Witold Nowicki: Anatomia patol. Część ogólna. T. I, str. 516.

Brühl: Zur Histol. der Ohrpolip. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. Krankh. der Luftwege. B. XXXVIII. R. 1901, str. 1 i B. XXXXIX. R. 1905, str. 34.

Görke: Patol. Anat. Unters. von Ohrpol. Arch. f. Ohren- Nasen- und Kehlkopfheilkunde. B. 52. R. 1901, str. 63.

Moos, Steinbrügge: Histologischer u. klinischer Bericht. über 100 Ohrpolypen. Zeitschrift für Ohrenheilk. und für Krankh. der Luftwege. B. XII. R. 1883, str. 1.

Manasse: Virchow's Archiv. B. 83, str. 387.

Zenoni: Über cholesteatome in einem Ohrenpolypen. Arch. f. Ohren-Nasen- u. Kehlkopfheilkunde. B. 42. R. 1897, str. 188.

Steudener: Arch. f. Ohren- Nasen- u. Kehlkopfheilkunde, B. 4. R. 1869, str. 199.

Dobrowolski: Trzy przypadki polipów usznych. Pam. Tow. Lek. War. Z. 2, str. 413. R. 1895.

Brock: Die chronischen Mittelohreiterungen. Denker-Kahler: Handbuch der Hals- Nasen- u. Ohrenheilkunde. Die Krankheiten des Gehörorgans II. B. 7.

Résumé.

Radzymiński et *Krajnik.* A propos des images histopatologiques des polypes de l'oreille moyenne

Les auteurs, en examinant les polypes de l'oreille moyenne sont arrivés aux conclusions suivantes:

La plus souvente complication des otites moyennes sont les polypes, qui sortent de la region du quart postero-superieur du tympan.

Dans la plupart des cas ce sont les polypes granuleux, qui se sont développés en conséquence des inflammations chroniques.

Les polypes qui sortent de l'attique sont caractérisés par un lent accroisement, mais ils se rendent coupable des fécondes haemorhagies.

Les polypes, qui sortent du promontoire et de la paroi intérieure de la caisse ensanglantent beaucoup moins et sont caracterisés par un grand accroisement. Les polypes, sortant de l'attique démontrent dans le tissu des choléstéatomes.

Chez la plupart des sujets examinés les polypes étaient couverts d'épithelium.

La dégenerescence hyaloide dans le tissu conjonctiv ou granuleux fut assez rarement recontrée, alors il n'y a aucune tendance au rétrahissement cicatricieux dans le polypes malgré le caractère chronique de l'inflammation dont ils sont la conséquence.

Z Kliniki Otolaryngologiczne U. P.

O perlaku wrodzonym ucha.

(Cholesteatoma verum temporosquamosum).

Podał Prof. Dr. A. LASKIEWICZ.

Nazwą perlaka określał po raz pierwszy *John Müller* (1830 r.) twory guzowate o wyglądzie masy perłowej, budowie blaszkowatej, złożone przeważnie z cholesteryny i tłuszczu, które spotyka się często w najbliższym sąsiedztwie ucha środkowego, antrum mastoideum i t. d. *Virchow, Rokitansky i Cruveilhier* opisywali już w latach 1865 tym podobne twory na oponach mózgowych, składające się z cienkich blaszek tłuszczowo zwyrodniałego nabłonka, które nawarstwiają się stopniowo na kształt liścia cebuli, cały zaś twór ten jest objęty od zewnątrz mniej lub więcej spoistą łącznotkankowo-nabłonkową otoczką. Początkowo uważano zarówno twory perlakowate znajdywane w antrum czy w głębi wyrostka sutkowego, jakoteż zwłaszcza te w obrębie opon mózgowych za nowotwory, powstające z odszczepionych zawiązków nabłonkowych pochodzenia ektodermalnego czy heteroplastycznego (epitheliale Perlgeschwülste Virchow). Dopiero *Gruber* i *Tröltsch* (1868) dowiedli, że perlaki uszne nie mają nic wspólnego z procesem nowotworowym a przeciwnie są następstwem przewlekłych stanów zapalnych ucha środk. i to przede wszystkim tych, które się łączą z ropieniem w górnym uchyłku jamy bębenkowej. *Steinbrügge, Wagenhäuser, Zeroni, Goerke, Grunert i Leutert* utrzymywali, że na zmienionej zapalnie śluzówce ucha środkowego przychodzi łatwo do wytworzenia się pereł nabłonkowych, które mogą dać początek perlakowi. Perły te mają powstawać drogą metaplazji nabłonka jamy bębenkowej względnie bujania wysepek nabłonka płaskiego tamże się znajdujących *(Leutert, Zeroni),* które tworzą całe pasma nabłonkowe a te bujają następnie w głąb pod wpływem toczącego się procesu zapalnego. To też dadzą się we wszystkich komórkach nabłonkowych wykazać żywe procesy mitotyczne w powierzchownych zaś warstwach przemiana cholesterynowa i wzrost ekspanzywny na zewnątrz. W 10 lat później wykazali *Habermann, Betzold i Manasse* na drodze dokładnych badań histologicznych, że łożysko (matrix) perlaka pochodzi z nabłonka błony bębenkowej względnie najbliższych części przewodu zewnętrz-

nego, który wrasta przez otwór perforacyjny zwykle w górnym odcinku błony bębenkowej do ucha środkowego (Einwanderungstheorie). Pobudzony przez proces zapalny, toczący się na błonie śluzowej nabłonek, zyskuje na żywotności, dając zaczątek tworowi implantacyjnemu, heterotopicznemu w obrębie uchyłka jamy bębenkowej, który nazywamy perlakiem. Dodać tu jeszcze winienem, że *Wendt* stał na wprost przeciwnym stanowisku, upatrując zawiązek perlaka w procesach zapalnych przewlekłych błony śluzowej ucha środkowego, łączących się z żywym łuszczeniem jej nabłonka (otitis md. chron. desquamativa), którego następstwem jest twór guzowaty o wyglądzie masy perłowej. Mimo poparcia tego zapatrywania ze strony otologów tej miary co *Politzer*, *Siebenmann* i *Link* musiało ono rychło upaść, gdyż nie wytrzymało krytyki tych stanów zapalnych, w których mamy perforację błony bębenkowej w samym jej środku, względnie jej znaczniejszy ubytek, gdzie prawie nigdy nie przychodzi do wytworzenia się perlaka. Są więc perlaki uszne następstwem wrastania nabłonka z przewodu zewnętrznego przez mały otwór perforacyjny, najczęściej w membr. Shrapnelli, lub na brzegu błony bębenkowej, na zmienioną błonę śluzową ucha środkowego, przyczym raz jeszcze zaznaczyć należy, że proces zapalny ropny tamże się toczący powoduje nadmierne łuszczenie się tegoż nabłonka, który nie wydziela się na zewnątrz w tym stopniu, w jakim zostaje wytworzony *(Habermann, Uffenorde)*. Te zrogowaciałe masy nabłonkowe, ulegające zwolna przemianie cholesterynowej gromadzą się tu w nadmiernej ilości i układają w delikatne warstwy jedne na drugie analogicznie do liści cebuli na co zwrócił uwagę *Schwartze* już w r. 1878. W rzadkich bardzo przypadkach zdarza się, że nabłonek przewodu zewnętrznego buja przez przetokę powstałą wskutek przebicia się procesu ropnego, połączonego z ograniczoną martwicą tylno-górnej ściany do przewodu słuchowego zewnętrznego *(Eichholz, Blumberg)*. Jakie są istotne przyczyny powstawania perforacji epitympanalnych jak również małych brzeżnych ubytków w błonie bębenkowej nie jest jeszcze rzeczą dokładnie znaną. Zdaniem *Betzolda* i *Politzera* przebicie błony wiotkiej bębenka w ostrych procesach zapalnych ucha środkowego zdarza się przedewszystkiem przy długotrwałych zwężeniach i niedrożności trąbki Eustachiusza, powodujących ścisłe przyleganie błony wiotkiej do uchyłka zewnętrznego *(Prussaka)* tzw. dołkowate zaklęśnięcie błony wiotkiej. To też w stanach zapalnych ucha środkowego ostro przebiegają-

cych, jak również tych, które rozwijają się skrycie, może z łatwością ta ścieńczała część błony bębenkowej, wykazująca niekiedy zrosty z najbliższym otoczeniem, ulec przebiciu, a wciągnięte jej części do wnętrza atticus mogą się stać warstwą rozrodczą dla perlaka. Przebicia brzeżne błony bębenkowej przednie czy tylne zawdzięczają swoje powstanie w daleko mniejszym odsetku przypadków niedrożności trąbki Eustachiusza aniżeli wyżej wspomniane. Częściej natomiast są one wyrazem wzmożonej zjadliwości drobnoustrojów wywołujących zapalenie i ciężkości jego przebiegu. Nadto przyjmuje *Oppikofer* pewien związek tych stanów zapalnych ucha środkowego z przebiciem brzeżnym błony bębenkowej, z tłem gruźliczem.

Przez obie te drogi buja nabłonek płaski do światła uchyłka górnego jamy bębenkowej, dając powód do powstania perlaka, którego dalszy wzrost zależy w pierwszym rzędzie od tworzenia się nowych ognisk na obwodzie *(Erdheim, Grünwald), Wittmaack* starał się wytłumaczyć powstawanie perlaka pęknięciem samoistnym znacznie ścieńczałej błony wiotkiej (mbr. *Schrapnelli),* która wpuklona w kierunku uchyłka górnego na kształt woreczka uległa ciśnieniu powietrza zewnętrznego. W zapatrywaniu tym autor nie porusza najistotniejszej rzeczy tj. pod wpływem jakich czynników występuje pęknięcie tej bądź co bądź spoistej błony wiotkiej. Dopiero nowsze badania *Albrechta* trafiły w sedno tego całego zagadnienia, wykazując na szeregu przekrojów przez ucho środkowe noworodka, że pod wpływem stanów zapalnych w uchu środkowym czy urazów od zewnątrz powstają małe punkcikowate szczeliny w błonie wiotkiej w które wnika nabłonek płaski, lecz dalszy jego rozrost w kierunku attyku zależy od stanu błony śluzowej a raczej tkanki łącznej podnabłonkowej uchyłka górnego jamy bębenkowej. W przypadkach bowiem w których na tle zaburzeń konstytucyjnych błona śluzowa ucha środkowego jest znacznie zgrubiała, tkanka ta luźna i wiotka nie ma dostatecznej siły by stawić opór wrastającemu od zewnątrz nabłonkowi płaskiemu. Jednym słowem żywotność nabłonka płaskiego błony bębenkowej czy tylno-górnej ściany przewodu zewnętrznego i podatna konstytucja tkanki łącznej błony śluzowej uchyłka górnego jamy bębenkowej, oto dwa najważniejsze czynniki, prowadzące do wytworzenia się perlaka. Z badań Schwarza i Langego nadto wynika, że opóźniona resorbcja śluzakowatej tkanki zarodkowej jamy bębenkowej łączy się z reguły ze znacznym zgrubieniem śluzówki wyścielającej jej

wnętrze. Tak samo z resztą z tego okresu zbyt grube mostki łącznotkankowe, rozciągające się w większości przypadków pomiędzy główką młoteczka i stawem młoteczkowo-kowadełkowym a boczną ścianą uchyłka górnego, mogą mieć wpływ na rozrost wspomnianej warstwy łącznotkankowej ponadbłonkowej. Na tak dogodnym podłożu może z łatwością wrastać nabłonek płaski z najbliższego otoczenia tj. najczęściej z otworu perforacyjnego w błonie wiotkiej Shrapnella. I wystarczy lekki stan zapalny ucha środkowego lub uraz od zewnątrz do pobudzenia wzrostu tegoż nabłonka, który buja szybko w obręb attyku, przez niekiedy bardzo mały wprost punkcikowaty otwór w błonie wiotkiej. W niewielkiej odległości od miejsca wyjścia tworzą postronki rosnącego nabłonka twór rozwidlony, obejmujący zrazu małą tylko przestrzeń (zaczątek łożyska) w której gromadzą się złogi perlaka uchyłka górn., by z tąd posunąć się dalej w kierunku antrum. Początkowo rozrost ten idzie po wiotkiej tkance łącznej pomiędzy dwiema warstwami nabłonkowymi tj. nabłonkiem błony śluzowej i wewnętrznym błony bębenkowej, które razem tworzą przez krótki czas jakby barjerę dla posuwającego się w głąb nabłonka. Na korzyść tego zapatrywania przemawiają dalsze spostrzeżenia *Albrechta,* dotyczące obecności obustronnego perlaka u noworodków a *Schwarza* dwuch symetrycznych i jednakowych zaciągnięć (znacznego stopnia) błony wiotkiej *Shrapnella* u dwuch jednojajowych bliźniąt, jako pewne zadatki. ułatwiające i poprzedzające powstawanie perlaków. *Döderlein* nadto wykazał, że przy perlaku ucha środkowego mamy prawie w 80% przypadków wyrostek sutkowy zbity. Że stany zapalne ucha środkowego, przebyte w wieku płodowym względnie w pierwszych miesiącach po urodzeniu nie są wyłączną przyczyną aktywowania nabłonka płaskiego z wyżej podanych miejsc, przemawia fakt, że po stanach zapalnych w jamie bębenkowej błona śluzowa. pokrywająca jej wnętrze staje się bardziej spoista i zbita a tym samym stwarza nabłonkowi znacznie większe trudności w posuwaniu w głąb attyku aniżeli nawet kość w którą nabłonek ten wrasta stosunkowo łatwo *(Döderlein).* Pod tym też kątem widzenia należy rozpatrywać genezę i wzrost perlaków wrodzonych kości skroniowej zwanych epidermoidami tejże kości. Perlaki te biorą swój początek z przemieszczonych zawiązków nabłonkowych w kierunku warstwy łącznotkankowej (konstytucyjnie podatnej) kości skroniowej, na którym to podłożu mogą się szybko rozrastać pod wpływem bodźców zapalnych (w uchu środkowym) względnie

urazów (zwłaszcza porodowych), od zewnątrz. W następstwie dalszego procesu zróżnicowania komórki warstwy zewnętrznej łożyska tegoż guza ulegają zwolna zrogowaceniu, stają się większe, przez co wywierają ucisk na najbliższe sąsiedztwo, powodując zanik otaczającej kości. Badania *Alexandra* wykazały nadto, że zanik ten odbywa się w częściach przylegających bezpośrednio do łożyska (matrix) perlaka i polega na resorbcji kości przez osteoklasty a równocześnie w częściach odległych od wspomnianych ognisk spotykamy wyraźne zgrubienia tkanki kostnej, pochodzące od odkładania się zresorbowanych soli Ca. Również w obrębie ścian kostnych błędnika czy rynienki nerwu twarzowego mogą wystąpić te same miejsca ubytkowe wskutek ucisku przez rozrastający się perlak, dając powód do przetok i następowego zakażenia błędnika, bądź też zmian wytwórczych w jego kanałach, które powodują zwolna ich zarośnięcie (endolabyrinthitis ossificans *Alexander).* W kierunku ku dołowi mogą szybko rosnące perlaki wywołać ubytki w rynience tętnicy dogłowowej wewnętrznej a nawet jak w przypadku opisanym przez *Heinego* i *Kretschmanna* przeżarcie jej ściany i krwiotok śmiertelny. Kiedy po zniszczeniu ścianki kostnej łożysko perlaka wrodzonego zetknie się bezpośrednio z oponą twardą czy ścianą zatoki esowatej, powstaje najpierw ograniczony proces zapalny na powierzchni tejże opony z odkładaniem się włóknika (pachymeningitis fibrinosa externa) w które to włókienka wrastają naczynia krwionośne z otoczenia, powodując następowo bujanie tkanki łącznej i zrost łożyska z oponą. Nadto wykazał *Erdheim*, że proces ten w obrębie zatoki esowatej prowadzi zwolna do zwężenia i zarośnięcia jej światła wskutek równoczesnego ucisku mas perlakowatych na ścianę zatoki (periphlebitis adhaesiva). W przeciwieństwie do perlaków wtórnych (zakażonych) nie ma tu zapalenia ścian zatoki z tworzeniem się zakrzepu zakażonego w jej świetle lecz uciskające łożysko perlaka powoduje pewne zbliżenie się ku sobie ścian zatoki a w końcu sklejenie się naprzeciwko siebie leżących powierzchni endothelialnych (endophlebitis obliterans), co stanowi daleko korzystniejsze zejście aniżeli wspomniane powikłanie ze strony art. carostis int. względnie ucisk znacznego stopnia na mózg i móżdżek. Co się tyczy wzrostu perlaków wrodzonych zaznaczyć należy, że *Grunwald, Leutert* i *Panse* upatrywali początkowo przyczynę w znacznym napęcznieniu mas nabłonkowych we wnętrzu guza perlistego, które cisnąc się na obwód powodują gorsze odżywienie warstw nabłonkowych powierzchownych i tym

samym ich szybsze łuszczenie się i nawarstwianie. Zapatrywanie to zostało jednak wkrótce skoregowane i uzupełnione badaniami drobnowidowymi *Grunwalda,* które stwierdziły, że przyczyną nadmiernego łuszczenia się nabłonka w perlaku są stany zapalne jego łożyska a nie następowe dystroficzne łuszczenie się powierzchownego nabłonka. *Kutvirt, Zange* i *Haike* wykazali, że wzrost perlaków zwłaszcza wtórorzędnych i ich niszczące działanie na otaczające tkanki odbywa się dzięki procesom zapalnym wytwórczym w tkance kostnej w najbliższym sąsiedztwie perlaka, które prowadzi do ograniczonej próchnicy i resorbcji otaczającej kości z tworzeniem się uchyłków w głąb. Równocześnie rozgrywający się w warstwach powierzchownych łożyska proces łuszczenia nabłonka porównują wspomniani autorzy do żywego łuszczenia się nabłonka skóry przy ulcus cruris a w szczególności na brzegach tego owrzodzenia wskutek procesu zapalnego tamże się toczącego. *Haike* jest zdania, że w niszczącym działaniu perlaka nie może wchodzić w grę ucisk rozpierający całej jego masy na otoczenie, gdyż nałożone jedne na drugie warstwy nabłonkowe w kształcie liści cebuli nie są ściśle związane ze sobą tak na obwodzie jak również i we wnętrzu guza perlistego. To też tworzeniu się uchyłków kostnych przy perlakach przewodu zewnętrznego daje się zauważyć przede wszystkiem wpływ czynników zapalnych miejscowych jego łożyska, połączonego z ograniczoną próchnicą otaczającej kości *(Portmann).* Jak to już wyżej zaznaczyłem perlaki pierwotne kości skroniowej, epidermoidy, pochodzące z przemieszczonych zawiązków nabłonkowych rosną tak długo wolno i nie dają ważniejszych objawów klinicznych jak długo nie ulegną zakażeniu od zewnątrz. Z chwilą wtargnięcia zarazków od strony jamy bębenkowej zmienia się szybko jego charakter pierwotny w tym znaczeniu, że perlak ten przechodzi w postać zakażoną nie różniącą się niczem od perlaków wtórnych ucha środkowego, których objawy i powikłania zależą od nasilenia stanów zapalnych toczących się w kości w najbliższym sąsiedztwie ich łożyska. Badania drobnowidowe *Linka* wykazały, że w początkowych okresach zakażenia łożyska perlaka pierwotnego wytwarza się naciek w warstwie podnabłonkowej, powodujący miejscami rozpad tegoż nabłonka względnie jego bujanie i nakładanie się jak w dermatitis desquamativa, równocześnie głębsze warstwy guza perlistego ulegają nacieczeniu i rozmiękczeniu a gdzieniegdzie też i zropieniu. W ten sposób ten pierwotny nieczynny guz perlisty staje się nagle jakgdyby ładun-

kiem wybuchowym, który każdej chwili gotów jest wzniecić najgroźniejsze dla życia powikłania wewnątrzczaszkowe. To podobieństwo i powinowactwo perlaków pierwotnych zakażonych do wtórnych daje się również zauważyć i w wypadkach w których perlak pierwotny przebija na zewnątrz przez tylno-górną ścianę przewodu zewnętrznego, tworząc przetokę, która otwiera szerokie wrota nabłonkowi płaskiemu do swobodnego wrastania w kierunku łożyska tegoż perlaka wskutek czego powstaje twór epidermoidalny mięszany. Jeżeliby teraz chodziło o różniczkowe rozpoznanie pomiędzy perlakiem wrodzonym a wtórnym to już *Körner* i *Kümmel* ujęli cechy te w następujące punkty (1). Brak zmian na błonie bębenkowej oraz w uchu środkowym, któreby przemawiały za przebytym stanem zapalnym świadczy o obecności perlaka wrodzonego (2). Również jeżeli chory nam zapodaje, że cierpi na okresowe bóle i zawroty głowy, niedosłuch zwolna się rozwijający, ewentualnie też porażenie nn. twarzowego, w którym to okresie dopiero później wystąpi wyciek ropny z ucha z wydzieliną charakterystyczną dla perlaka, będziemy przypuszczali jego pochodzenie wrodzone, wyprzedzające nieraz na długie lata proces zapalny ropny ucha środkowego. Mimo, że dane anamnestyczne nie zawsze są ścisłe co do czasu trwania ropienia, to jednak zważywszy na (3) wcześnie występujące powikłania ze strony ucha wewnętrznego należy zawsze myśleć o głębszej przyczynie tj. o skrycie rosnącym guzie perlistym, w obrębie czy też najbliższym sąsiedztwie ucha środkowego (4). Stwierdzenie dużego guza perlistego, wypełniającego cały wyrostek sutkowy, który daje się z łatwością wyłuszczyć ze swego łożyska przy stosunkowo nieznacznym ropieniu z ucha skłania nasze przypuszczenie w kierunku jego wrodzonego pochodzenia. Tak samo jeżeli przy operacji stwierdziliśmy perlak w miejscach (5) odległych od ucha środkowego, w których z reguły nigdy nie przychodzi do bujania nabłonka płaskiego to jest w obrębie łuski skroniowej, równomiernie rozrośnięty na wszystkie strony i odgraniczony cienką błonką od otoczenia, będziemy myśleli w pierwszej linii o perlaku wrodzonym. W wypadkach w których możemy na podstawie wywiadów i obrazu otoskopowego wykluczyć przebyty, względnie długotrwający proces zapalny ropny ucha środkowego a w których stwierdza się znaczne upośledzenie słuchu oraz wypadnięcie prawidłowej czynności błędnika, podejrzywamy działanie niszczące dużego perlaka, który rośnie na wszystkie strony jak wyżej wspomniany perlak wrodzony. W koń-

cu badanie histologiczne może dużo rzucić światła na genezę perlaka (6). Wykazanie bowiem włókien sprężystych w obrębie łożyska perlaka świadczy o jego pochodzeniu wrodzonym *(Körner)*. Natomiast wszystkie te guzy perliste w których przy badaniu otoskopowym stwierdzamy cechy długo utrzymującego się cuchnącego ropienia a w obrębie uchyłka górnego jamy bębenkowej i tylnogórnej ściany przewodu zewnętrznego wyraźny proces karietyczny, sięgający w kierunku do antrum względnie też łuski kości skroniowej, musimy rozpoznać guz perlisty wtórny powikłany procesem ropnym zapalnym ucha środkowego. Odnośnie do perlaków wrodzonych opisywali *Aschoff* i *Körner* wypadki samowyleczenia, polegające na zwyrodnieniu tłuszczowo-szklistym i rozpadzie całego epidermoidu wraz z łożyskiem, z którego pozostały tylko drobne grudki keratohyaliny ze zmienionych komórek nabłonkowych a gdzieniegdzie pomiędzy nimi złogi soli Ca. Wyleczenie następowe tych perlaków ma z reguły miejsce po ich usunięciu na drodze operacyjnej wraz z łożyskiem na kości i oponie twardej, gdzie często stwierdza się je zupełnie przypadkowo, przyczym zaznaczyć należy, że jama pooperacyjna zostaje wpierw wypełniona dobrze unaczynioną ziarniną a następnie nabłonkiem płaskim z najbliższego otoczenia. Samowyleczenie zaś w perlakach wtórnych, powikłanych procesem zapalnym, dokonuje się po wydzieleniu się całkowitym mas perlakowatych do ucha środkowego, do przewodu zewnętrznego, względnie do planum mastoideum przez przetokę na zewnątrz, oraz wyścieleniu całego ubytku kostnego nabłonkiem płaskim, który wrasta z najbliższego otoczenia na łączno-tkankowe podłoże ścian kostnych tej jamy. W niektórych miejscach spotykamy w obrębie łożyska po samoistnie wydzielonym perlaku następowe odkładanie się soli Ca jako wyraz zmian inwolucyjnych tamże się toczących, co może doprowadzić niekiedy do rozległej inkrustacji solami wapniowymi całej tej jamy, kładąc tym samym kres posuwaniu się procesu zapalnego w głąb. Pominąwszy te szczęśliwe przypadki samowyleczenia perlaków tak pierwotnych jako też i wtórnych z objawami zapalnymi, raz jeszcze podkreślić należy konieczność całkowitego ich usunięcia wraz z warstwą kostną pod łożyskiem na drodze operacji doszczętnej w celu definitywnego zabezpieczenia przed nawrotami. Te ostatnie spotyka się częściej w przypadkach perlaków wtórnych. Nawrót perlaka wrodzonego należy do wielkich rzadkości, był opisywany w jednym tylko przypadku mężczyzny l. 32 przez *Manassego*, po uprze-

dnim usunięciu go na drodze operacyjnej. Fakt ten odnosi autor do nagłego rozbudzenia się żywotności pozostałych nabłonków w uchyłkach kostnych niedostatecznie oczyszczonych, najczęściej pod wpływem urazów od zewnątrz.

W przypadku przezemnie operowanym chodziło o dziewczynkę l. 12, G. St., podającą, że przed 6-ciu laty przechodziła płonicę, w przebiegu której powstało ropne zapalenie ucha środk.



Fig. 1. Dziewczynka l. 12. G. St.: Perlak wrodzony ucha; zdjęcie rentgen. boczne.
Filette de 12 ans: Cholesteatoma verum de l'oreille gauche. Radiographie en incidence latérale.

lewego z zajęciem wyrostka sutkowego. W stanie ostrym zapalnym musiano wyrostek ten otworzyć (na oddziele usznym szpitala św. Józefa). Od tego czasu czuła się dobrze, dopiero w marcu 1934 r. po przeziębieniu zaczęło ponownie wyciekać z tegoż ucha: leczyła się z przerwami ambulatoryjnie w naszej klinice. W końcu listopada zeszłego roku wystąpiło znaczne pogorszenie pod postacią wzmożonego ropnego wycieku, bolesności na ucisk i obrzęku

w miejscu blizny za uchem, silnych bólów i zawrotów głowy. Z tym przyjęto ją do kliniki celem operacji. Badanie w dniu przyjęcia wykazało: Budowa średnia odżywienie mierne. C. 36,8° C. — T. 80 n/m. dobre. Narządy wewnętrzne bez zmian. Nos, gardło, krtań b. zm. Na wyrostku sutkowym lewym blizna pooperacyjna, dług. 8 cm wciągnięta w środku, zrośnięta z kością i zaczerwieniona. W przewodzie zewnętrznym lewym wydzielina ropna cuchnąca. Tylno-górna ściana przewodu zewnętrznego opadnięta, w tylnej części widoczny ubytek po plastyce. W jamie bębenkowej ziarnina, wypełniająca prawie całą jej powierzchnię. Słuch: V $^{6}/_{0}$ Cd $^{18}/_{2}$



Fig. 2. Tens. przyp.: Guz perlisty wielkości dużej śliwki na oponie tw. po zdjęciu łuski kości skroniowej.
Même cas: Cholestéatome de volume d'une grande prune en position dans la dure mère, d'apres l'ablation du squame tempor.

C_1 $^{20}/_{12}$ C_2 $^{55}/_{5}$ C_3 $^{30}/_{5}$ C_4 $^{20}/_{4}$ w lewo i Schwb. $^{15}/_{8}$ Ri ±. Oczopląsu samoistnego brak. Odczyn cieplny przy pom. *Aspissow-Körnera* daje się wywołać i jest w granicach normy. Krew: Ilość c. b. 8,200. segmentowanych 64%, monc. 6%, limfocytów 28%. kwasochłonnych 1%. Zdjęcie rentgena wykazało: jednostajne zatarcie konturów wyrostka sutkowego jako stan po operacji autrotomji. W obrębie łuski skroniowej rozległy ubytek półkolisty, sięgający na 3,5 cm powyżej linea temporalis infer. oraz w tym samym wymiarze na boki (p. fig. 1). W uśpieniu eterowym przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Wycięcie całkowite blizny za uchem, po czym odseparowuje się części miękkie wraz z okostną. W ubytku kost-

nym (po uprzednim zabiegu) obejmującym prawie cały wyrostek sutkowy, ziarnina oraz masy perlakowate. Dłutuje się w kierunku kąta zatokowo-oponowego i szczytu wyrostka który się oczyszcza z mas ziarninowatych. Tylną ścianę przewodu zewnętrznego usuwa się aż do rynienki nn. twarzowego, tworząc szerokie połączenie z uchem środkowym. Po oczyszczeniu uchyłka dolnego jamy bębenkowej przystępuje się do wyrównania brzegów kostnych w obrębie radix zygomatica i łuski skroniowej w kierunku ubytku kostnego, widocznego na rentgenogramie, przyczym natrafia się w okolicy powyżej linea temporalis infer. na twór wielkości 1 zło-

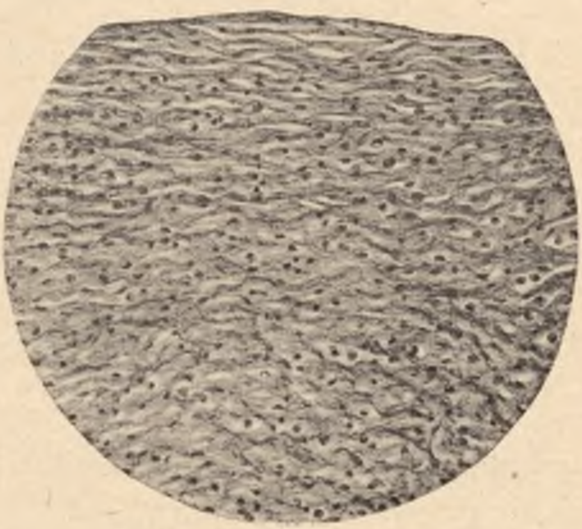


Fig. 3. Tens. przyp.: Wycinek z części guza zwróconej do łożyska. (hem-eos.). Leitz 3.
Même cas: Coupe de la partie de cette cholestéatome tournée vers le matrix. Col. Hem-eos. agr. Leitz 3.

tówki o powierzchni lśniącej i połysku jedwabnistym, otoczony zewsząd ścianką kostną znacznie ścieńczałą i odgraniczony całkowicie od jamy potrepanacyjnej. Z wyglądu już zewnętrznego, konsystencji i umiejscowienia rozpoznano perlak wrodzony kości skalistej, co też zostało potwierdzone badaniem drobnowidowym. Wobec jednakże ścisłego związku tego guza z oponą twardą z jednej strony, a infekcji i ropienia w jamie potrepanacyjnej z drugiej, postanowiono dokonać doszczętne wyłuszczenie tegoż guza na następnym posiedzeniu tj. po ustaniu ropienia i definitywnym oczy-

szczeniu się rany. To rozłożenie zabiegu na dwa tempa okazało się bardzo korzystne dla całego przebiegu gojenia się rany i zabezpieczyło niewątpliwie przed powikłaniami ze strony opon mózgowych. To też po wykonaniu plastyki przewodu zewnętrznego ranę zeszyto dwoma szwami sytuacyjnymi i wytamponowano gazą jodoformową, osobno zaś przewód zewnętrzny. Przez pierwsze 5 dni hemthysal 5 c^3 dożylnie oraz lód na głowę. Brak jakichkolwiek objawów ze strony opon mózgowych i dna oka. Codzienna zmiana opatrunku, rana pokrywa się zdrową ziarniną, miejscami też nabłonkiem od góry. Z początkiem 4-go tygodnia kiedy rana potrepanacyjna pokryła się już całkowicie nabłonkiem przystąpiono do drugiego zabiegu tj. do wyłuszczenia wspomnianego guza perlistego z okolicy opony twardej. W tym celu przedłużono cięcie ku górze i odseparowano mięsień skroniowy wraz z okostną a blaszkę kostną znacznie ścieńczałą (w miejscu największej wypukłości guza ubytek ścianki kostnej wielk. 10 groszówki). zdjęto kleszczami kostnymi tak daleko ku górze i na zewnątrz jak daleko sięgał perlak na oponie. Przy pomocy elewatora i szerokiej łyżki guz ten wyważono i usunięto w całości: jego wielkość dosięga rozmiarów dużej śliwki (p. fig. 2). Część łożyska w obrębie uchyłków kości skroniowej zdjęto przy pomocy dłuta i kleszczy kostnych. Zrost z oponą twardą stosunkowo luźny to też udało się go łatwo oddzielić przy pomocy ostrej łyżeczki. Opona nienaruszona: mięsień skroniowy zeszyto dwoma szwami katgutowymi a ranę wytamponowano gazą jodoformową i założono jedną klamrę na skórę w górnym odcinku rany. Badanie drobnowidowe wycinka tegoż guza (Zakład anat. patologicznej U. P.) wykazało: Nabłonek wielowarstwowy płaski z nierównomiernym rogowaceniem i ogniskowym przypłaszczeniem warstw nierogowaciejących nabłonka. Warstwy te ułożone są w postaci blaszek zachodzących na siebie i wykazujących kilka rzędów komórek wrzecionowato wydłużonych o blado się barwiącym jądrze, otoczonym wąskim rąbkiem protoplazmy (p. fig. 3). Wewnątrz guza nie spotyka się żadnych ognisk martwiczych. Na obwodzie wspomnianego nabłonka wielowarstwowego płaskiego rozciąga się warstwa tkanki łącznej dość obficie unaczyniona w której spotykamy włókna sprężyste. Warstwa kostna zwrócona do łożyska wykazuje wyraźną resorbcję lakunarną, która zwłaszcza w częściach zwróconych na zewnątrz powoduje ścieńczenie blaszkowate łuski kości skroniowej do tego stopnia, że wspomniana tkanka łączna wnika miejscami w postaci przegródek pomiędzy

poszczególne beleczki kostne. Łożysko zwrócone ku oponie cechuje się znacznie cieńszą warstwą komórek nabłonkowych zrogowaciałych, wykazujących miejscami zaledwie jeden tylko rząd, przy czym też i same komórki nabłonkowe są niższe od wyżej opisanych w łożysku kostnym. Tkanka zaś łączna wnikająca między warstwę

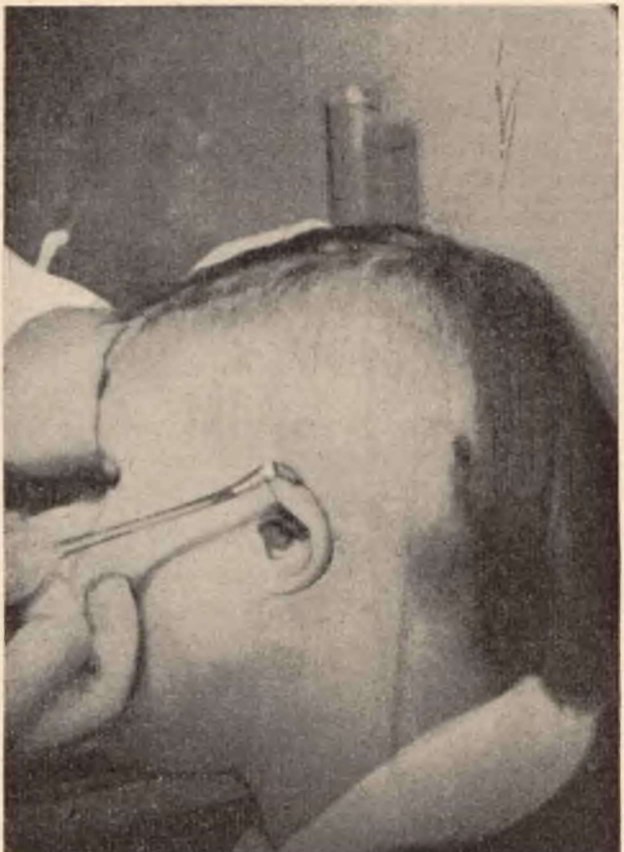


Fig. 4. Tens. przyp.: Stan po plastyce ubytku potrepanacyjnego płatem skórnym z najbliższego sąsiedztwa.
Même cas: d'après la couverture plastique de la cavité postoperatoire avec lambeau cutané du voisinage.

nabłonkową perlaka a oponę twardą jest silnie unaczyniona i zawiera daleko mniej włókien sprężystych aniżeli w obrębie łożyska kostnego. Stopień zaś zrogowacenia komórek nabłonkowych jest identyczny do opisanych warstw zewnętrznych prelaka. Po wy-

konaniu zabiegu chora czuła się zupełnie dobrze — przebieg cały czas bezgorączkowy. Dopiero po upływie 9-ciu miesięcy przystąpiono do pokrycia ubytku potrepanacyjnego oraz w obrębie łuski skroniowej wielkości około 10-złotówki. W tym celu okrwawiono brzegi skóry w miejscu wspomnianych ubytków kostnych i zeszyto w górnej części tj. w obrębie ubytku w kości skroniowej w ten sposób, że powierzchnia nabłonka była zwrócona ku wewnątrz do jamy potrepanacyjnej, okrwawioną zaś na zewnątrz. Na nią to właśnie nasunięto szeroki 5 cm płat skórny, który uzyskano przez nacięcie skóry równolegle do okrwawionego brzegu przy nasadzie małżowiny usznej w odległości 5 cm od wolnej krawędzi płatu w kierunku ku potylicy. Płat ten przyszyto następnie do okrwawionego brzegu przy małżowinie usznej, po uprzednim rozszerzeniu ku tyłowi plastyki przewodu zewnętrznego. Ubytek na potylicy po odseparowaniu i przesunięciu skóry wytamponowano szczelnie gazą jodoformową, ułatwiając w ten sposób adaptację płatu. Rewizja rany po 6-ciu dniach wykazała całkowity przyrost wspomnianego płata do małżowiny usznej z linijną blizną za uchem (p. fig.), ubytek na potylicy po przesunięciu płata ziarninuuje dobrze. Słuch jak przed zabiegiem w dniu przyjęcia do kliniki.

Z przytoczonych danych odnośnie do naszego przypadku możemy wyciągać następujące wnioski co do budowy i pochodzenia opisanego perlaka. A mianowicie: chodzi o dziecko lat 12, u którego w przebiegu płonicy powstało ostre ropne zapalenie ucha środkowego lewego z zajęciem wyrostka sutkowego. Podczas zabiegu operacyjnego na wyrostku sutkowym (wykonanego w naszej klinice) znaleziono twór perlakowaty wielkości dużej śliwki, w miejscu nietypowym dla powstawania perlaków wtórnych na tle zapalenia ropnego ucha środkowego, to jest w obrębie łuski kości skroniowej. Perlak ten był ściśle odgraniczony od komórek powietrznych wyrostka sutkowego i był objęty na zewnątrz szeroką otoczką łączno-tkankową. Nadto można było stwierdzić jego przyleganie do opony twardej na dużej przestrzeni.

Z wrodzonym pochodzeniem tegoż perlaka przemawia: 1. wielkość i usadowienie się guza w miejscu nietypowym, odgraniczonego ścianką kostną od komórek powietrznych wyrostka sutkowego i ucha środkowego; 2. jego związek z oponą twardą na większej przestrzeni bez zrostów bliznowatych, które się spotyka przy sprawach zapalnych w tym miejscu (pachymeningitis extr.) na tle per-

laków wtórnych; 3. brak jakichkolwiek objawów ze strony błędnika, nerwu twarzowego i opon mózgowych tak przedmiotowych jakoteż i podmiotowych; 4. Obecność włókien sprężystych zwłaszcza w obrębie jego łożyska kostnego potwierdza w zupełności pochodzenie niezapalne tego guza perlistego *(Körner, Linck)*. To też jego doszczętne wyłuszczenie poszło gładko i bez żadnych powikłań ze strony opon mózgowych a gojenie się rany potrepanacyjnej i jej całkowita epitelizacja postępowała szybko naprzód.

Piśmiennictwo:

1. *Alexander G.:* Mon. f. Ohrenheilkunde. Vol. 41, f. 4.
2. *Betzold:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 13. — Zeitschr. f. Ohrenheilkde. Vol. 20, f. 16. — Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 31. — Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 30, f. 4.
3. *Albrecht W.:* Die Bedeutung der Konstitution f. Hals, Nase u. Ohr. — Zeitschr. f. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Vol. 40, f. 1.
4. *Brühl:* Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Vol. 50.
5. *Citelli S.:* Mon. f. Ohrenheilkunde u. Lar.-Rhinologie. Vol. 43. f. 1.
6. *Claire:* Arch. intern. de Laryngol. Vol. 18, f. 16.
7. *Döderlein:* Wahre Cholesteatombildung innerhalb postfoetal entstandenem Gehörgangsverschluss. — Zeitschr. f. Laryngol.-Otol. Vol. 26. 933.
8. *Erdheim:* Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Vol. 49, f. 1—2.
9. *Frey H.:* Mon. f. Ohrenheilkunde Lar. Vol. 42, f. 6.
10. *Grünberg:* Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Vol. 58, f. 2—3.
11. *Grunert:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 38, 40, 42.
12. *Grunert-Meier:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 38.
13. *Gruber J.:* Mon. f. Ohrenheilkunde. Vol. 31, 32.
14. *Görke:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 52.
15. *Gomperz:* Mon. f. Ohrenheilkunde. Vol. 32.
16. *Habermann:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 27, 30.
17. *Hinsberg:* Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Vol. 40.
18. *Kuhn:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 26.
19. *Körner:* Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Vol. 26.
20. *Kretschmann:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 42.
21. *Kümmel:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 42, f. 2—3.
22. *Lucae A.:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 7, 13, 31.
23. *Link A.:* Die Ohrenheilkunde der Gegenwart u. ihre Grenzgeb. V. VIII.
24. *Moos:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 31, 32.
25. *Müller:* Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Vol. 1.
26. *Manasse:* Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Vol. 32. Virchows Arch. Vol. 136.
27. *Nager:* Beiträge zur Anatomie der Taubheit bei Cholesteatom. Zeitschr. für Ohrenheilkunde. Vol. 33.

28. *Neumann:* Mon. f. Ohrenheilkunde. Vol. 42.
29. *Oppikofer:* Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Vol. 47.
30. *Politzer:* Mon. für Ohrenheilkunde. Vol. 31. Arch. für Ohrenheilkunde. Vol. 60, 31.
31. *Panse:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 34, 68.
32. *Portmann G.:* Moule epidérmique du conduit auditif externe et du tympan. Soc. Anatomo-Clinique de Bordeaux 923.
33. *Ruttin:* Mon. f. Ohrenheilkunde. Vol. 43. f. 2.
34. *Siebenmann:* Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Vol. 33, 21, 33.
35. *Spira R.:* Mon. f. Ohrenheilkunde. Vol. 40.
36. *Scheibe:* Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Vol. 25. 26. 43.
37. *Schmiegelow:* Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Vol. 21. f. 3—4. Arch. für Ohrenheilkunde. Vol. 31.
38. *Schwartze H.:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 41. 54. f. 1—2.
39. *Steinbrügge:* Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Vol. 20. 8, 9. Berl. klin. Wochenschrift 1896.
40. *Stacke:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 31. f. 2—3.
41. *v. Tröltsch:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 4.
42. *Uffenorde:* Arch. für Ohrenheilkunde. Vol. 73. Verhandl. der Otolog. Ges. 1910.
43. *Urbantschitsch:* Mon. f. Ohrenheilkunde. Vol. 43. 44.
44. *Wittmaack:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 73.
45. *Wendt:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 9. 8.
46. *Warnecke:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 48.
47. *Wegener:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 31.
48. *Zange J.:* Die Entstehung tympanogener Labyrinthitis — Bergmann Verl. 913.
49. *Zeroni:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 42.
50. *Zaufal:* Arch. f. Ohrenheilkunde. Vol. 30. f. 4.

Résumé.

A. Laskiewicz: De cholestéatome congénital de l'oreille.

Après une revue en détail de la littérature concernant cette question, l'auteur décrit le cas d'un enfant de 12 ans, chez lequel une inflammation aiguë purulente de l'oreille moyenne gauche, avec infection de l'apophyse mastoide, s'était déclarée au cours d'une scarlatine. L'enfant avait déjà subi une trépanation avant 6 ans; une récidive l'avait obligé à se présenter dans notre clinique pour un traitement ultérieur. Au cours de l'opération on a trouvé dans l'apophyse mastoide un cholestéatome ayant les dimensions d'une grosse prune, dont la localisation était atypique pour la for-

mation de cholestéatomes secondaires consécutifs à une inflammation purulente de l'oreille moyenne, c'est-à-dire dans la squame de l'os temporal. Ce cholestéatome était exactement séparé des cellules aériennes de l'apophyse mastoïde et il était entouré extérieurement d'une large enveloppe de tissu conjonctif. De plus, on a pu constater qu'il adhérait à la dure-mère sur une grande étendue. Etant donné cette liaison avec la dure-mère et la suppuration qui se maintenait dans la cavité post-trépanatoire, on résolut de pratiquer l'énucléation radicale de cette tumeur au cours d'une seconde intervention, c'est-à-dire après que la plaie post-trépanatoire fût définitivement purifiée. Cette décomposition de l'intervention en 2 temps s'est montrée très avantageuse pour la cicatrisation de la plaie et empêcha sans doute des complications de la part des méninges. L'opération, pratiquée 3 semaines plus tard, fut très facile, car, après avoir décollé la paroi osseuse amincie et aplani les bords sinueux de l'os temporal, la tumeur cholestéatomateuse a pu aisément être énucléée entièrement à l'aide d'un élévateur et d'une grande curette. Evolution ultérieure et citatrisation de la plaie satisfaisantes. La couverture plastique de la cavité post-trépanatoire ne fut pratiquée qu'après 9 mois, c'est-à-dire après l'épithélisation complète de la plaie.

Les raisons qui semblent indiquer que le cholestéatome était congénital sont les suivantes: 1⁰ dimensions et localisation atypique de la tumeur, séparée par une paroi osseuse des cellules aériennes de l'apophyse mastoïde et de l'oreille moyenne; sa liaison avec la dure-mère sur une grand étendue, sans adhérences cicatricielles que l'on recontre dans les processus inflammatoires de cette région (pachymeningitis extr.), dus à des cholestéatomes secondaires; 3⁰ l'absence de symptômes quelconques, aussi bien objectifs que subjectifs, de la part du labyrinthe, du nerf facial et des méninges; 4⁰ la présence de fibres élastiques, surtout dans la matrice osseuse, ne laisse aucun doute sur l'origine non-inflamatoire de cette tumeur cholestéatomateuse. C'est pourquoi l'énucléation radicale en a été facile, il n'y a eu aucune complication de la part des méninges et enfin la cicatrisation de la plaie post-trépanatoire et son épithélisation ont progressé rapidement.

Opiniowanie chorób uszu, nosa, gardła i krtani przez biegłego.

Dr B. ŚWIATŁOWSKI.

Wstęp.

Praca niniejsza znalazła dla swego powstania bodźce w pokonywaniu trudności, napotykanych w każdym niemal przypadku wydawania opinii lekarskiej przez lekarza biegłego, wynikających z braku stałych źródeł ujmujących rzeczony temat w pewną odrębną całość. Dotychczas dysponujemy głównie (niestety) pracami i podręcznikami niepolskimi, dostosowanymi do potrzeb społecznych i ustaw państw obcych. Z rozrzuconych po licznych nie zawsze dostępnych, polskich dziennikach ustaw i innych dziełach prawniczych ustaw, rozporządzeń, przepisów władz państwowych, samorządowych, instytucyj społecznych, prywatnych, będą tu ustępy wyszczególnione, których znajomość jest dla biegłego nieodzowna. Ten ostatni warunek wynika, gdy biegły otrzymuje polecenie do wydania opinii po myśli jakiejś ustawy lub paragrafu np. po myśli artykułu 22 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 25. XI 1927 r. lub np. art. 235, 236 czy 237 kodeksu karnego, a takie polecenie prawie zawsze wymienia tylko tytuły artykułów i paragrafów pewnych ustaw, których lekarz w chwili ich ogłoszenia ani nie czyta, ani w swych podręcznikach lekarskich też nie znajduje. (Podane w rozdziale VIII tablice do określania stopnia utraty zdolności zarobkowej, w szczególności tablice II—VII, są — we większym druku — niemal wiernym odbiciem danych już urzędowo, ustalonych w odnośnych dziennikach ustaw).

Praca niniejsza obejmuje treść, niewzmiankowaną w polskiej literaturze lekarskiej, tyczącej specjalnie dziedzinę chorób uszu, nosa, gardła, krtani i po części narządów sąsiednich. Z drugiej strony pominięte w tej pracy zostają szczegóły, dotyczące objawowości i przebiegu tych chorób, bądź to już wzmiankowane w innych podręcznikach, bądź to z tego założenia, że w zasadzie powinne one już być wiadome lekarzowi biegłemu.

Kończąc ten krótki wstęp poczuwam się do miłego obowiązku podziękować p. Dr. *Niementowskiemu* za umożliwienie korzystania z bibljoteki Z. U. S. we Lwowie, pp. prof. Dr. *Zalewskiemu* i Dr *Haisigowi* za niektóre cenne uwagi w poprawce.

Skróty.

art. — artykuł, Dz. U. R. P. — Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polski, Dz. U. M. S. — Dziennik Ustaw Ministerstwa Sprawiedliwości, emer. — emerytalny, ew. — ewentualny, k. p. k. — kodeks postępowania karnego, k. k. — kodeks karny, k. p. c. — kodeks postępowaniac cywilnego z 19. XII. 1932 r., Min. Kom. — Ministerstwo Komunikacji, M. P. i H. — Ministerstwo Przemysłu i Handlu, M. Pr. i Op. Sp. — Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, M. Roln. — Ministerstwo Rolnictwa. M. S. W. — Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, nin. — niniejsze, n. p. — na przykład, n. w. — nieszczęśliwy wypadek, niż. — niżej, n. z. — niezdolność zarobkowa, p. — patrz, p. a. — postępowanie administracyjne, P. K. P. — Polskie Koleje Państwowe, pkt. — punkt, por. — porównaj, poz. — pozycja, prac. — pracownik, Prez. Rzp. — Prezydent Rzeczypospolitej, r. i. — renta inwalidzka, rozp. — rozporządzenie, rozp. Prez. Rzp. o ubezp. umysł. — rozporządzenie Prezydenta Rzp. z dnia 24. XI. 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911), zmienione rozp. Prez. Rzp. z dnia 6. III. 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 26), z uwzględnieniem nowel (Dz. U. R. P. Nr. 27/33 poz. 229 i Dz. U. R. P. Nr. 39/34 poz. 347), S. r. — Sąd rozjemczy, sł. w. — służba wojskowa wzgl. wojenna, u. — ustawa, u. inw. woj. — ustawa o zaopatrzeniu inwalidzkim z dn. 17. III. 1932 r., ub. — ubezpieczenia, ubezp. — ubezpieczeniowy, u. ub. społ. — ustawa o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28. III. 1933 r. wedle Dz. U. R. P. Nr. 51/33 poz. 369, w brzmieniu noweli Dz. U. R. P. Nr. 95/34 poz. 855, U. s. — Ubezpieczalnia społeczna, ust. — ustęp, u. z. z. — utrata zdolności zarobkowej, zaw. — zawodowy, z. do pr. — zdolność do pracy, z. z. — zdolność zarobkowa, Z. U. — Zakład Ubezpieczeń, Z. U. S. — Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Rozdział I.

Zasady opiniowania lekarskiego.

Opiniowanie lekarskie polega na wydawaniu oceny stanu zdrowia człowieka. Jest ono wyłącznym prawem lekarza, opartym na naukowym wykształceniu jego i nabytej wiedzy. Wydawanie oceny lekarskiej obciąża lekarza za jego czynności szczególną odpowiedzialnością, której uchybianie naraża na szwank nietylko godność lekarza jako osoby i jednostki, ale godność i powagę całego stanu lekarskiego.

Ocena lekarska opiera się na najsumienniejszym, dokładnym badaniu zdrowia ludzkiego i zastosowaniu maksymalnej bezstronnej wiedzy. Świadomie nieprawdziwe opinie podpadają pod kategorję przestępstw karnych, podobnie jak nieświadome mylne oceny, ponadto takowe mogą, za stąd wynikłe szkody, obciążyć lekarza odszkodowaniem i rozpatrywaniem z punktu widzenia deontologii lekarskiej *(Fassow, Oppenheim, Ruf)*.

Wydawanie opinii lekarskiej ma miejsce dla użytku urzędowego rozmaitych instytucyj prywatnych (towarzystw ubezpieczeniowych) lub państwowych (urzędów, P. K. P. i t. d.) lub społecznych (Z. U. S.) wreszcie dla celów sądowych.

Opinia lekarska może być ustna lub pisemna, począwszy od krótkiego powiadomienia stanu zdrowia aż do szczegółowego naukowego wywodu.

W sądzie lękarz, świadczący o stanie zdrowia człowieka, występować może w charakterze zwyczajnego świadka albo świadka-biegłego lub biegłego (znawcy). Jako świadek poświadcza to co spostrzegł tak, jak każdy zwyczajny świadek. Świadkiem biegłym jest wtedy, gdy jest przesłuchany dla zapodań zdarzeń lub stanów, których spostrzeżenie było mu dostępne jedynie dzięki wiedzy lekarskiej. Biegły opiniuje stan zdrowia człowieka, opierając się na badaniu celowym, wyznaczonym przez sąd i swej ocenie, połączonej ze szczególną znajomością rzeczy, sędziemu obcej. Świadek zapodaje tylko spostrzeżenia swe, które mogą być także podmiotowe. Np. jeżeli lekarz zapodaje swe spostrzeżenia, niegdyś poczynione w czasie badania wzgl. leczenia, to jest w takim razie świadkiem wzgl. świadkiem biegłym; jeżeli lekarz czynione spostrzeżenia bierze pod rozwagę i na podstawie tej wydaje co do tych spostrzeżeń opinię przedmiotową, wtedy jest biegłym. Często przechodzi lekarz z charakteru jednego w drugi. Np. jeśli lekarz, po zbadaniu swych spostrzeżeń, jest w dalszym ciągu zapytywany o następstwa spostrzeżonych zmian chorobowych lub o zdolność zarobkową badanego w czasie i po chorobie, odpowiedzi jego nadają mu charakter biegłego. Podobne pytania i odpowiedzi nie muszą być obszerne ani umotywowane. Opinia biegłego nie ma mocy wiążącej sędziego. Wedle art. 10 kpk. sędzia orzeka na mocy przekonania swego, opartego na swobodnej ocenie dowodów. Wedle art. 230 kpc. „Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów (sc. opinii lekarskiej) według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważania wszechstronnego materiału“. Wedle art. 138 kpk. przy rozważaniu opinii kilku biegłych w razie niejasności może sędzia zasięgnąć opinii odpowiedniego urzędu lub zakładu jak uniwersyteckiego Zakładu Medycyny Sądowej lub Chemii albo Rady Wydziału Lekarskiego.

Lekarz opiniujący (biegły) może odmówić swego świadczenia w przypadkach:

1. w których nie może wolno wypowiedzieć się bez narażenia własnej osoby, w sprawie, w której sam jest stroną albo pozostaje do strony w takim stosunku prawnym, że wynik sprawy oddziaływa na jego osobiste prawa i obowiązki; gdy czuje się skrępowanym brakiem obiektywizmu, osobistym stosunkiem do badanego lub pokrewieństwem, w sprawie żony, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia włącznie, rodzeństwa i ich dzieci, w sprawie swych rodziców przybranych, dzieci przysposobionych oraz osób, będących pod jego opieką lub kuratelą (art. 305 kpc., art. 104, 126 kpk.);

2. gdy czuje się skrępowanym naruszeniem tajemnicy lekarskiej. Art. 252 kpk. opiewa w: § 1 „kto wbrew swemu obowiązkowi wyjawia prywatną tajemnicę, z którą zapoznał się w związku z wykonywaniem swego zawodu lub funkcji publicznej, podlega karze“, w § 3 „nie ma przestępstwa, jeżeli wyjawiający tajemnicę, czyni to. ze względu na interes publiczny lub prywatny“. Art. 15 rozp. Prez. RzP. o wykonywaniu praktyki lekarskiej zezwala na wyjawienie tajemnicy lekarskiej: a) „kiedy lekarz obowiązany jest z mocy przepisów prawnych donosić władzom o zachorowaniach, b) kiedy leczony lub jego zastępca prawny (opiekun, kurator i t. p.) zezwolą na jej ujawnienie, c) kiedy powierzający lekarzowi tajemnicę jest niewłasnowolny; w tych przypadkach lekarz, o ile nie dostrzeże w ujawnieniu powierzonej mu tajemnicy krzywdy chorego, może wyjawić powierzoną mu tajemnicę prawnemu zastępcy tegoż; d) kiedy zachowanie tajemnicy lekarskiej powodować może istotne niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia leczonego lub otoczenia; e) kiedy na skutek żądania uprawnionych władz, urzędów, bądź też instytucyj państwowych, samorządowych lub publiczno-prawnych lekarz występuje jako biegły; f) kiedy badanie lekarskie zarządzone zostało na żądanie uprawnionych do tego władz, urzędów i instytucyj państwowych, samorządowych i publiczno-prawnych“. Instytucje prywatne (towarzystwa ubezpieczeniowe) nieraz mają rewersy, podpisane przez ubezpieczającego się, stwierdzające zwolnienie badającego od zachowania tajemnicy lekarskiej. Obok powyższych ograniczeń obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej lekarz w razie potrzeby opiniowania stanu zdrowia osoby przez się badanej i wyjawienia tej opinii osobom trzecim, żądającym tego, po-

winien otrzymać od każdego badanego zezwolenia na to (ew. pisemnego);

3. jeśliby został obrażony przez osobę, podlegającej opinii, art. 149 kpk. przyznaje biegłemu ochronę prawną: „kto używa przemocy lub groźby w celu wywarcia wpływu na czynności biegłego, podlega karze do 3 lat więzienia“;

4. jeśli wydanie opinii opiera się na spostrzeżeniu (badaniu) długi czas poprzednio dokonanym, bez ponownego badania, jeśli badanie poprzednie było niedokładne lub biegły nie pamięta treści jego;

5. gdy uważa, że jego wywody nie starczą do wydania dostatecznej opinii;

6. gdy nie ma możności zastosowania w razie potrzeby, pewnych metod badania. Mimo uprzedniej zgody na badanie i wydanie opinii, badany ma prawo odmówić poddania się pewnym szczególnym metodom badania, połączonym z zabiegami (jak np. pobraniem krwi dla próby Wassermanna, przekłuciem jamy szczękowej, badaniem bezpośrednim krtani lub przełyku, nakłuciem lędźwiowym, badaniem w uśpieniu eterowym itd.). Patrz zabiegi chirurgiczne niżej. Nieraz przy odpowiednim wyjaśnieniu i uspokojeniu badanego można uzyskać jego zgodę na żądaną metodę badania. Zgoda taka musi być wyraźna (pisemna). Jeśli brak jej uniemożliwia rozpoznanie stanu zdrowia badanego, biegły (lekarz opiniujący) sporządza odpowiednie uwagi w swej opinii i ew. stąd wnioski, które ograniczają definitywną ocenę;

7. gdy uważa, że do wydania opinii nie wystarczy jednorazowe badanie, a zachodzi potrzeba kilkakrotnych badań lub badań ew. na oddziale szpitalnym lub klinicznym;

8. jeśliby wgląd badanego do opinii szczegółowej miał pogorszyć stan jego zdrowia lub uświadomić go o niepomyślnym przebiegu jego choroby;

9. w postępowaniu odwoławczym, jeżeli brał udział w niższej instancji w wydaniu opinii, która została zaskarżona.

W przypadku odmowy wydania opinii ma lekarz obowiązek powiadomienia stronę, ubiegającej się o nią, z zapodaniem przyczyny odmowy, szczególnie w przypadkach sądowych.

Wedle rozp. Prez. Rzp. z dnia 22. III. 1928 o postępowaniu administracyjnym (Dz. U. R. P. Nr 36/28 poz. 341, art. 14: 1. „Osoby interesowane i ich pełnomocnicy mają prawo w godzinach do tego przeznaczonych dowiadywać się o biegu spraw. 2. Strona lub też

należycie upoważniony jej pełnomocnik może na podstawie zezwolenia władzy i w obecności urzędnika, wyznaczonego przez naczelnika urzędu, przeglądać akta administracyjne, które zdaniem władzy zawierają dane niezbędne dla strony celem uzasadnienia jej praw i interesów. 3. Władza może na prośbę strony zezwolić na wydanie odpisów z dokumentów, o ile to ze względu na interes publiczny jest dopuszczalne. 4. Od zarządzeń, wydanych w myśl nin. art. nie przysługuje żaden środek prawny oddzielnie od odwołania co do istoty sprawy. 5. Uprawnienia, przewidziane w ust. 1—3. nie mogą być wykonywane ze szkodą dla tajemnicy urzędowej". Ponieważ osoba zainteresowana bezpośrednio opinią stanu jej zdrowia, zapodanego stronom trzecim, i zawierającego ocenę nieraz pod niejednym względem niekorzystną dla niej, biegły (lekarz opiniujący) może przez to popaść w nieprzyjemne położenie, dla uniknięcia którego powinien w opinii swej używać niektórych wyrażeń ostrożnie. Jakkolwiek opinia lekarska nie powinnna być kierowaną względami na pewne nieprzyjemności dla lekarza, to z drugiej strony opiniodawca w szczególnych przypadkach może wyraźnie się zastrzec przed oglądaniem jego opinii przez osobę bezpośrednio zainteresowaną wzgl. może podkreślić pewne zwroty lub zdania jako poufne. W razie dopuszczenia wglądu do protokołu opinii, osoba bezpośrednio zainteresowana powinna otrzymać tylko zwięzłą treść dokumentu, pomijającą: a) szczegóły, wzmiankujące o jej niepomyślnym stanie zdrowia,; b) ustępy zawarte w formularzach orzeczeniowych drukowanych, które w poszczególnych przypadkach odpadają do wypełnienia, a których świadomość może osobę badaną naprowadzić do żądania stwierdzenia wyników sposobu badania, wyszczególnionego w pominiętych ustępach, na które badany odpowiednio z góry się przygotowuje. Opinia nie powinna zawierać szczegółów metod badania: c) ustępy, któreby narażały na szwank opiniodawcę, mające charakter opinii poufnej, np. gdy się podaje jako tło opilstwo, symulację itd. Streszczenie opinii ma być zrozumiałe dla laika, bez wyrazów obcych, a o ile opinia lekarska takowe zawiera np. potator, phtisis, lues itp., są one wskazówką, ażeby ich nie podawać do wiadomości osoby badanej.

Lekarz, wydający opinię lekarską na zlecenie stron trzecich (Sądu, Z. U. S. itd.) nie powinien badanemu zapodawać szczegółów i wyniku swego badania. Wyjawienie ew. poprzednich protokołów innych lekarzy jak i krytyka ich są niedopuszczalne.

Wedle ustawy są zabiegi chirurgiczne uważane za uszkodzenia ciała, naruszające stan lub całość jego, bez względu na to, że one nie są złośliwym działaniem. Zawodowe uprawnienie lekarza do wykonywania zabiegu chirurgicznego i otrzymanie na to zgody pacjenta stwarza bezkarność zabiegu. Niedopuszczalne w każdym razie są zabiegi operacyjne doświadczalne, niemające właściwego celu rozpoznawczego ani leczniczego na zdrowych lub chorych jak i nieuleczalnych osobach nawet za zezwoleniem ich lub ich opiekunów. Zezwolenie na zabieg chirurgiczny może dać osoba pełnoletnia dla siebie sama, dla małoletnich lub niesamowolnych musi dać je rodzic lub opiekun. Po myśli kpk. art. 22 § 1: „niepodlega karze, kto działa w celu uchylania niebezpieczeństwa bezpośredniego grożącego dobru własnemu lub cudzemu, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć“, a więc tylko w przypadkach grożących bezpośrednim niebezpieczeństwem życiu człowieka lekarz może wykonać na nim zabieg operacyjny bez żadnego zezwolenia. W przypadkach, grożących życiu, a cierpiących zwłoki. wymagających zabiegu operacyjnego, powinien lekarz żądać na to zgody pacjenta wzgl. jego opiekuna, w przeciwnym razie może narazić się na posądzenie o uszkodzenie ciała, a u pełnoletnich ograniczenie wolności osobistej i pogwałcenie ich woli. Prócz zezwolenia na zabieg powinien lekarz w grubszych zarysach uświadomić pacjenta wzgl. opiekuna w sposób zrozumiały o rozmiarach i ewentualnych niebezpieczeństwach zabiegu chirurgicznego, nawet przy małych zabiegach.

Przy staraniach o rentę z Z. U. S. lub o odszkodowanie przy odpowiedzialności osoby trzeciej albo o rentę wojskową wzgl. wojenną, może nastąpić niekiedy dla petenta przymus poddania się zabiegowi operacyjnemu. W przypadku okaleczenia wypadkowego obowiązek ten ciąży na uszkodzonym w każdym razie, gdy zabieg prowadzi do zaopatrzenia wzgl. leczenia rany (oczyszczenie rany, założenie szwów, otwarcie ropnia, powstałego przez zakażenie przyranne, usunięcie odłamków kostnych) tj. do zamknięcia się rany. W innych przypadkach przymus do poddania się zabiegowi operacyjnemu nakładają sądy powszechne, dla ubezpieczonych społecznie urzędy ubezpieczeniowe wzgl. sądy rozjemcze dla ubezpieczeń społecznych, dla osób wojskowych odnośne władze wojskowe. Warunkiem nałożenia takiego przymusu jest pełne bezpieczeństwo życia i zdrowia osoby bezpośrednio zainteresowanej w czasie zabiegu (w okresie ozdrowienia) bez względu na nieprzewidziane oko-

liczności jak powikłania, zakażenia rany mimo aseptyki, róża itp. Dalszym warunkiem przymusu operacyjnego jest pominięcie uśpienia ogólnego wzgl. wszystkich zabiegów wymagających uśpienia, pierwotność zabiegu t.zn., że nie chodzi o zabieg powtórny dla ewentualnej poprawy niezupełnego wyniku poprzedniego zabiegu, niewielki zabieg, wykonanie jego w znieczuleniu miejscowym (sc. bez narażenia operowanego na ból), pewność wyniku zabiegu przynajmniej w 10% tzn. gdy po zabiegu są widoki na poprawę stanu zdrowia (zdolność do pracy zarobkowej) w stosunku większym niż 10%. W przypadkach odszkodowawczych z odpowiedzialności cywilnej dopuszczalne jest uśpienie ogólne pod warunkiem uzyskania po zabiegu 100%-owej poprawy stanu zdrowia wzgl. zdolności zarobkowej. W razie odmowy poddania się petenta zabiegowi następuje odszkodowanie takiego stanu zdrowia, jaki nastąpiłby, bez względu na to, czy operacja została wykonana, czy nie, po jej wykonaniu. Według u. inw. woj. z 17. 3. 1932 r. art. 45: „o ile inwalida nie zgadza się na zabiegi lecznicze, które w myśl decyzji komisji rewizyjno-lekarskiej lub inwalidzkiej komisji odwoławczej mogą zapobiec pogorszeniu się kalectwa lub choroby oraz obniżeniu stopnia zdolności do zarobkowania, nie ma prawa do renty wyższej, do którejby go uprawniało to pogorszenie, gdyby nie zostało spowodowane zaniedbaniem leczenia z winy samego inwalidy. W wypadku konieczności ciężkich zabiegów chirurgicznych inwalida mimo odmowy i braku zgody nie traci prawa do renty wyższej“.

W przypadku wydawania opinii lekarskiej na prywatne życzenie i koszt badanego, lekarz jest w nieprzyjemnym położeniu. Badany żąda nieraz, płacąc za to, opinii dla niego korzystnej, a więc ewentualnie stronniczej. Na to specjalnie jest narażony lekarz, przedtem ordynujący u badanego, kierujący się litością lub innymi względami, nie mając odwagi odmówić wygotowania nienależytego świadectwa, nieodpowiadającego sumieniu lekarskiemu, w końcu narażając się na nieotrzymanie honorarium za nieidącą po myśli badanego opinię połączoną ze stratą czasu nieraz 1—2 godzin na żmudne badanie. Stronnicza opinia nie budzi wcale wiary u osób ją rozpatrujących, naraża na szwank godność zawodową danego lekarza, nie przynosi korzyści badanemu, ale naraża go na stratę pieniężną za uiszczone honorarium.

Jeżeli w wyjątkowych przypadkach lekarz wydaje opinię lekarską na życzenie i koszt badanego, to powinien w niej krótko

zapodać rozpoznanie i stadium choroby przedmiotowo stwierdzone, więcej nic. W celu uchylenia się od zarzutu stronniczości radzi Gantkowski (Wstęp do „Zarysu orzecznictwa inwalidzkiego“ Dra Witaszka, str. 20, Poznań 1923) wydawać opinię lekarską w zamkniętej kopercie z adresem instytucji, dla rozpatrywania której jest ona nakreślona na ręce badanego lub przez pocztę. Na podstawie tej opinii czynniki ją rozpatrujące (Z. U. S., Sąd) ew. zarządzają dalsze szczegółowe badanie lekarskie przez biegłego od siebie wyznaczonego. Gdy lekarz prywatny chce wydać opinię obszerną, powinien wpierw zapoznać się z rzeczywistym celem badania i opinii, ew. z już istniejącymi dokumentami, odnoszącymi się w tej samej sprawie do badanego dla zorientowania się przed wydaniem opinii prywatnej. Taka opinia nie powinna polemizować z wywodami poprzedniego opiniodawcy. Okoliczności zapodane przez badanego muszą być zaznaczone jako od niego pochodzące. Nie należy powtórzyć zapodań badanego, że dane cierpienie powstało przez to lub owo, skoro w poprzednim urzędowym orzeczeniu okoliczności prowadzące do cierpienia zostały już ustalone według przepisów.

Lekarz występujący w charakterze świadka - biegłego lub biegłego ma prawo do wynagrodzenia go. Według kpc. art. 303: „§ 1. Świadek ma prawo żądać zwrotu wydatków koniecznych, związanych ze stawiennictwem do sądu, a nadto wynagrodzenia za stratę zarobku. Pod rygorem utraty należności powinien zgłosić żądanie to niezwłocznie po wykonaniu swego obowiązku. Przewodniczący (Sądu) może przyznać świadkowi zaliczkę na koszty podróży i na utrzymanie w miejscu przesłuchania. § 2. Na postanowienie w tym przedmiocie niema zażalenia“. Według kpc. art. 313: § 1. Biegły ma prawo żądać wynagrodzenia za stawiennictwo do sądu i wykonaną pracę. Pod rygorem utraty należności powinien żądanie to zgłosić przed zamknięciem rozprawy, bezpośrednio poprzedzającej rozstrzygnięcie sprawy. § 2. Przewodniczący może przyznać biegłemu zaliczkę na pokrycie wydatków“. Według pa. art. 64: „Żądania świadków i biegłych o przyznanie wynagrodzenia za stratę czasu i zwrot kosztów podróży winny być zgłoszone pod rygorem utraty roszczenia przed zakończeniem rozpoznania sprawy. O przyznaniu wynagrodzenia dla świadków i biegłych oraz jego wysokości, jak również o przyznaniu kosztów podróży, decyduje władza rozpoznająca sprawę. Od decyzji w tym przedmiocie niema odwołania“. W art. 106 pa.: 1. Władza przy-

znaje świadkom i biegłym, nie będącym funkcjonariuszami państwowymi lub samorządowymi, wynagrodzenie w wysokości przeciętnego zarobku dziennego osoby wzywanej, nie wyżej jednak norm. diet. ustalonych dla V-go stopnia służbowego funkcjonariuszy państwowych, oraz zwrot rzeczywistych kosztów podróży. 2. Funkcjonariusze państwowi i samorządowi otrzymują diety w wysokości należnych im diet oraz koszta podróży w wysokości przewidzianej dla ich stopni służbowych. 3. Jeśli biegły dla wydania opinii musiał dokonać specjalnej pracy i żąda za nią większego wynagrodzenia, władza winna żądanie biegłego wraz ze swą opinią przesłać władzy wyższej do zatwierdzenia. Ograniczenie takie nie stosuje się do władz II instancji i centralnych, które w tej mierze decydują same".

Świadek biegły ma prawo tylko do wynagrodzenia, przypadającego świadkowi zwyczajnemu. Kiedy lekarz ma prawo do wynagrodzenia go jako świadka (zwyczajnego) wzgl. świadka-biegłego lub biegłego, rozstrzyga treść jego wypowiedzeń, a nie brzmienie wezwania. Biegły ma prawo domagać się na poczet przybliżonego rachunku swego wpłacenia •mu z góry pewnej zaliczki, potrzebnej na pokrycie wydatków gotowych, pomocy i dojazdu.

Do wynagrodzenia biegłego należy honorarium za: 1. badanie, każde z osobna, i trud z uwzględnieniem straty czasu, 2. zużycie materiału i narzędzi itp., 3. właściwe orzeczenie wedle nakładu zużytego czasu (z ew. pomocą pisarską, maszynową), 4. studiowanie akt (od każdej stronicy z osobna), 5. stawiennictwo w sądzie lub u władzy administracyjnej (z ew. kosztami dojazdu do i z powrotem, do wzgl. od miejsca urzędowania; przy wyjazdach koleją zwrot za bilet II klasy ew. pociągu pospiesznego), 6. zabiegi specjalne (sekcja itp.), 7. diety (strawne, nocleg, utrata zarobku za każdą godzinę — w razie wyjazdu poza miejsce zamieszkania biegłego). Wysokość poszczególnych należytości jest zmienna, zależnie od rodzaju urzędu, w którym występuje biegły.

Dla biegłego w Sądzie cywilnym, w sprawach administracyjnych, w prywatnych ubezpieczeniach, wynosi należytość:

za badanie pierwsze	25 zł
za badanie następne, każde z osobna	25 zł
za badanie konsulenta-specjalisty (internisty, okulisty, neurologa i t. d.) z innego działu medycyny	25 zł

za badanie konsyliarne z drugim specjalistą tego samego działu medycyny podwójnie, obok zaliczenia straty zarobku za każdą rozpoczętą godzinę po 15 zł, za badanie w domu chorego jak za badanie w gabinecie lekarza, obok zaliczenia utraty zarobku za każdą rozpoczętą godzinę po 15 zł,
za badanie w niedzielę i święta oraz w nocy potrójnie jak za badanie dzienne,
za badanie moczu z użyciem chemikaliów . . 8 zł
za badanie krwi (z pobraniem) na odczyn Wassermanna . . . . 15 zł
za badanie drobnowidowe (z pobraniem materiału . . . . 50 zł
za nakłucie lędźwiowe, bez badania płynu mózgo-rdzeniowego . . . . 75 zł
za zdjęcie rentgenowskie (konieczne), z użyciem materiału, wedle oryginalnego rachunku,
za konieczne do zbadania zdjęcie i założenie nowego opatrunku, z użyciem materiału . . 25 zł
za zużycie narzędzi wedle efektywnych wydatków,
za właściwe orzeczenie: pierwsza strona arkusza maszynowego . . . . 25 zł
każda następna strona . . . . 10 zł
pomoc maszynowa od strony . . . . 30 gr
za czytanie aktów minimum . . . . 20 zł
za czytanie aktów większ. rozmiarów, prócz minimum ponadto od każdej strony po 25 gr 25 gr
za stratę czasu połączoną ze stawiennictwem w sądzie a) za pierwszą pół godzinę . . . . 15 zł
b) za pierwszą pół godzinę od wyznaczenia rozprawy . . . . 25 zł
c) za każdą dalszą rozpoczętą godzinę . . . 20 zł
za koszty dojazdu do rozprawy wzgl. miejsca urzędowania wedle wydatków efektywnych,
za sekcję zwłok, wraz obsługą i protokołem . 130 zł
za sekcję narządu, wraz obsługą i protokołem 100 zł
za strawne dziennie po . . . . 10 zł

za nocleg dziennie wedle efekt. wydatków, za utratę zarobku przy wyjeździe poza miejsce zamieszkania, za godzinę po	15 zł

Cennik powyższy można przyjąć za normalny, nie wykluczając minimalnego o 10% niższego, lub maksymalnego, o 10% wyższego, bez krępowania profesorów uniwersytetu lub ordynatorów oddziałów szpitalnych, którzy jako biegli mogą zaliczać należytości wyższe.

W Sądzie karnym w razie powołania biegłego na wniosek i koszt strony przypada dla biegłego wynagrodzenie wedle norm powyższych, wyszczególnionych dla spraw sądowych cywilnych, w razie powołania na koszt Skarbu Państwa wedle norm ustalonych w Dz. U. R. P. Nr. 77/29, poz. 579, a mianowicie w/g § 8:

pkt. 1.	a) za badanie osób uszkodzonych na ciele w zwykłych przypadkach, oraz wszystkich innych osób dla stwierdzenia ich stanu zdrowia	5 zł
	b) za badanie długie i żmudne, bądź z powodu ilości obrażeń, bądź z powodu ich charakteru, np. przy uszkodzeniu mózgu, przy nerwicach urazowych itd., lub też jeżeli orzeczenie musiało być obszernie uzasadnione	8—15 zł
	c) za badanie, które wymagało dla wydania orzeczenia zapoznania się z obszernymi aktami sprawy lub obszerną historią choroby i było połączone zę znaczną utratą czasu	10—20 zł
pkt. 2.	za nałożenie opatrunku gipsowego . . .	8—15 zł
pkt. 3.	za badanie przez lekarza-specjalistę, powołanego w charakterze konsultanta, wraz z orzeczeniem	10—15 zł
pkt. 4.	za badanie stanu umysłowego wraz orzeczeniem:	
	a) badanie jednorazowe	15 zł
	b) każde następne badanie tejże osoby . .	5 zł

pkt. 5. za oględziny zewnętrzne i sekcję zwłok wraz orzeczeniem, oraz ze zwrotem wydatków, złączonych z wykonaniem sekcji . . 30 zł

pkt. 8. za obecność na rozprawach sądowych wraz udzieleniem orzeczenia — niezależnie od opłat za dokonane na rozprawie badania — za każde zaczęte pół godziny 3 zł
Czasu użytego na badania, przeprowadzone na rozprawie nie wlicza się w czas obecności. Przerwę, nie przekraczającą dwóch godzin, jeżeli nastąpi w ciągu rozprawy lub pomiędzy dwiema rozprawami, odbywającymi się tego samego dnia, wlicza się w czas obecności,

pkt. 9. za stawienie się na podstawie otrzymanego wezwania, jeśli czynność bez winy biegłego nie została wykonana, za każde pół godziny . . . . 2 zł

pkt. 10. za orzeczenie, wydane na podstawie przejrzenia akt . . . . 5—20 zł

pkt. 11. za badanie gołem okiem narzędzi, leków, trucizn, plam i t. p., o ile musi się ono odbywać oddzielnie od badań wymienionych w punktach innych . . . . 3 zł

pkt. 13. za badanie fizykalne, mikroskopowe, widmowe: artykułów żywności, przedmiotów użytku, pocisku, leków, trucizn, wymiocin, kału, włosów, cząstek ciała, zawartości żołądka lub jelit, wody, ziemi, powietrza, pism, banknotów monet . . . . 5—20 zł

pkt. 14. za badanie chemiczne, fotochemiczne, biochemiczne, serologiczne przedmiotów, wymienionych w pkt. 14 . . . . 5—40 zł

pkt. 15. za badanie toksykologiczne (na zawartość trucizn) części zwłok . . . . 10—100 zł

pkt. 16. za badanie krwi na obecność tlenku węgla 5 zł

pkt. 17. za szczegółowe kliniczne badanie moczu 8 zł

pkt. 18. za badanie bakteryj z założeniem hodowli i doświadczeniem na zwierzętach . . . . 10—40 zł

Rozdział II.

Opiniowanie pisemne

Każda opinia pisemna jest dokumentem, wymagającym godnej formy zewnętrznej na odpowiednim papierze o wyraźnym piśmie atramentem lub na maszynie, zaopatrzonym w wyraźny podpis i pieczęć opiniodawcy.

Wydanie opinii powinno nastąpić w czasie i terminie zakreślonym, nieprzewlekającym sprawy ze szkodą dla stron zainteresowanych. Dokument opinii nosi tytuł orzeczenia lekarskiego. Orzeczenie lekarskie składa się z protokołu badania i orzeczenia właściwego. Protokół badania, dokonanego dla celów sądowych w obecności sędziego, nosi nazwę protokołu oględzin sądowo-lekarskich, zaś protokół badania, przeprowadzonego w nieobecności sędziego, nosi nazwę sprawozdania sądowo-lekarskiego.

W wygotowaniu orzeczenia lekarskiego można kierować się formularzem urzędowym lub układać je wedle własnego zapatrywania, byle było ono w układzie jasne do przejrzenia, zwięzłe i zrozumiałe, także dla laika, rzeczowe i wyczerpujące. Orzeczenie lekarskie powinno unikać określeń łacińskich, greckich lub innojęzycznych, niezrozumiałych dla szerszego ogółu, je czytającego (urzędników, sędziów, ławników, prawników i t. d.). Nazwy polskie, wynikłe z tłumaczenia wyrazów obcych, powinne zawierać określenie zrozumiałe. Orzeczenie lekarskie nie powinno zawierać skrótów ani określeń choroby, objawów lub jakiejś okolicy ciała pod nazwą autora, który je opisał np. objaw Babińskiego, Romberga, Rinnego i t. d. Trzeba pisać to, co się stwierdza, w istotnej formie. Zmiany chorobowe należy opisać dokładnie, brak zmian chorobowych zaznaczyć określeniem „bez zmian chorobowych".

Każde orzeczenie lekarskie powinno zawierać:

1. w nagłówku imię i nazwisko, specjalność, miejsce zamieszkania lekarza wydającego orzeczenie (biegłego), ponieważ nieraz końcowy jego podpis jest nieczytelny;

2. imię i nazwisko, wiek (datę urodzenia), zawód, miejsce zamieszkania osoby, nad którą wydaje się opinię. Gdy przypada do wypełnienia formularz orzeczeniowy urzędowy, zawierający szczegóły tego punktu już zapodane, należy w razie ponownego badania dla porównania stwierdzić tożsamość osoby badanej, w wypadkach wątpliwych przejrzeć jej dowód osobisty lub tp. doku-

menty wzgl. porównać podpis jej z takowym, znajdującym się w poprzednich aktach.

3. cel orzeczenia i zleceniodawcę (nazwę urzędu, liczbę jego czynności), datę i miejsce badania i wydania opinii.

Wzór częściowy według Dittricha

Imię, nazwisko lekarza
specjalność
miejsce zamieszkania

ORZECZENIE LEKARSKIE.

nad (xy) . . . . , ,
zamieszkałym . . . .
. . . . , , , , ,
lat . . . ., którego identyczność została stwierdzona dowodem
z zawodu . . . . , ,
w (Sądzie, gabinecie lekarskim, oddziele szpitalnym) . . . . . .
przez podpisanego na zlecenie . . . .
dnia . . . .

4. potwierdzenie otrzymania aktów, dotyczących sprawy, z wyszczególnieniem ważnych, oraz naprowadzenie z aktów przedmiotowych danych, aby w czasie własnego badania nie przeoczyć czegoś, co już było stwierdzone, odnośnie do:

1. daty i miejsca zachorowania (n. w.), poprzednich chorób (n. w.) oraz ich następstw,

2. rodzaju i sposobu powstania choroby (n. w.), okoliczności wśród jakich nastąpiła, pierwszych jej objawów, daty pierwszego badania lekarskiego z zapodaniem nazwiska lekarza,

3. stanu zdrowia badanego w dniu rozpoczęcia leczenia według zapodań badanego (jakie były dolegliwości) i według obrazu przedmiotowego miejscowego i ogólnego,

4. leczenia (początek jego, miejsce, czas trwania, rodzaj nazwiska lekarzy ordynujących, data ukończenia wzgl. przerwania leczenia),

5. dotychczasowych orzeczeń lekarskich, świadectw Zakładów leczniczych, określających rozpoznanie, następstwa chorobowe, zejście, zdolność zarobkową badanego przed chorobą (n. w.), całkowitą lub częściową, czas jej trwania,

6. świadczeń udzielonych dotychczas badanemu.

7. Wywiad u badanego przez podpisanego. Wywiad (jak i badanie) należy przeprowadzić możliwie z badanym samym, w nieobecności osób towarzyszących. Zapodania badanego zaznacza się jako od niego pochodzące. Wywiad powinien być od razu spisany. Wszelkie niejasności, braki zwięzłości zapodań należy taktycznie i sprawnie usunąć i przedmiotowo nakreślić. Od początku już należy niespostrzeżenie zwracać uwagę, czy porozumienie się z badanym jest łatwe, czy nie odczytuje on z ust, aby potem to spostrzeżenie móc porównać z wynikiem ew. badania szczegółowego słuchu.

Wywiad obejmuje:

A. stosunki zdrowotne w rodzinie, u krewnych badanego, czy zachodziły: wrodzona lub nabyta głuchota czy głuchoniemota, jąkanie, zaburzenia mowy w młodości, schorzenia konstytucjonalne, gruźlica, choroby nerwowe i umysłowe (idiotyzm, padaczka), nadużywanie alkoholu, małżeństwo krewne, kiła dziedziczna,

B. stosunki zdrowotne u samego badanego: wśród jakich warunków był poród badanego (kleszczowy, ciężki?), kiedy zaczął chodzić, mówić, jakie czynił postępy w szkole, jakie przebył choroby (choroby zakaźne w młodości jak odra, płonica, błonica, mumps, kiła dziedziczna czy nabyta, choroby płuc i inne, wypadki i ich następstwa), jaki jest stosunek do służby wojskowej, jakie wykonywał dotychczas zawody (wymienić wszystkie) i rodzaje zajęć, jakie ma kwalifikacje zawodowe, czy pobiera rentę (wojskową, inwalidzką, wypadkową), czy jest ubezpieczony prywatnie (z normalną czy podwyższoną premią), czy pali (dużo?), czy pije, czy chorował poprzednio na uszy, jakie cierpienia uszy przebył, czy chorował poprzednio na gardło, czy miewał bóle gardła, jak często, czy miewał chrypkę, częste nieżyty, krwotoki nosa;

C. Okoliczności, wśród jakich nastąpiła choroba, podpadająca opiniowaniu: miejsce i data zachorowania (n. w.) uszu, wzgl. nosa lub krtani, czy choroba rozpoczęła się nagle, czy powolnie, wśród jakich objawów choroba wystąpiła i trwała. W pytaniach nie należy podmawiać szczegółów np. czy badany ma zawroty głowy, lecz pytać np. jakie ma dolegliwości wzgl. jak się ma przy chodzeniu, schylaniu lub obracaniu głowy i t. d. Jeżeli badany podaje, że ma zawroty głowy, należy stwierdzić, jak on je odczuwa (czy czuje kręcenie się przedmiotów dokoła niego i naodwrót, czy czuje, że mu się ciemno robi przed oczyma), czy zawroty występują w pozycji stojącej lub leżącej, czy czuje zapadanie się podłogi, czy

tylko ma uczucie oszołomienia i niepewnego chodu, czy zawroty występują często, jak często, czy przy wytężającej pracy (lub przed menstruacją), jakie ma inne dolegliwości ze strony ucha (krwawienie, wyciek upośledzenie słuchu, bóle głowy, nudności, wymioty, skłonność do padania, chwiejny chód, temperatura?), ze strony nosa (krwawienie, obrzęk, trudność w oddychaniu, upośledzenie powonienia?), z ust (krwawienie i t. d.?), ze strony krtani duszność, chrypka, bóle?), czy dolegliwości badanego są trwałe, kiedy występują, jak długo trwają, czy są napadowe, słabe, czy silne.

Dalej wywiad obejmuje datę i miejsce pierwszego badania lekarskiego, nazwiska lekarzy ordynujących, przebieg leczenia (początek, czas trwania, rodzaj), miejsce leczenia, czy leczenie zostało ukończone wzgl. przerwane, datę ostatniego leczenia.

D. Kiedy badany zaczął pracować na nowo, gdzie, jaką pracę przyjął.

O ile zapodania badanego zgadzają się z treścią aktów poprzednich, wystarczy tylko zaznaczyć tę zgodność, w przeciwnym razie należy zaznaczyć różnice, odbiegające od poprzednich akt.

E. Stan podmiotowy badanego w dniu badania: skargi i dolegliwości, jakie zapodaje następstwa swej choroby (n. w.), jakie dolegliwości odnosi do następstw, jakie są dolegliwości nieodnoszące się do następstw choroby (n. w.), jak badany ocenia swą z. z. obecną, jak poprzednią, w jakim stopniu poprzednia praca zawodowa jest (jeszcze) niemożliwą lub utrudnioną, z jakich powodów.

6. Stan zdrowia badanego przedmiotowy. Tu opisać należy dokładny obraz przedmiotowy zmian chorobowych organicznych i psychicznych przy uwzględnieniu konstytucji (wzrost, waga, budowa, odżywienie), stanu ogólnego zdrowia z ew. stanem płuc, zmianami starczymi, przy zastosowaniu ew. wszystkich metod badania. Tu opisać należy stan narządów, bezpośrednio i pośrednio dotkniętych chorobą (n. w.), podpadający pod opinię, obraz zmian chorobowych, nie będących następstwem opiniowanej choroby (n. w.). Przy umiejscowionych schorzeniach (uszkodzeniach z n. w.) i ich następstwach, prócz obrazu miejscowego, opisuje się stan całego ustroju ze względu na szczególne zaburzenia i objawy. Przy chorobach zapodać należy ich przyczynę i sposób ich powstania jak i okoliczności, mające znaczenie dla ich przebiegu.

Badanie (nasze) obejmuje zawsze stan uszu, nosa, gardła, krtani i (ew. przełyku) z uwzględnieniem wedle potrzeby poszczególnych ustępów i punktów niżej podanych oraz nakreśleniem zmian anatomicznych i objawów fizykalnych, przy unikaniu określeń ogólnikowych, zostawiając „rozpoznania“ do ustępu „streszczenia stanu chorobowego“.

Przy badaniu narządu słuchu należy nakreślić zmiany, osobno dla każdego ucha:

1. na małżowinie, wyrostku i okolicznej części głowy przy oglądaniu i obmacywaniu,

2. w przewodzie usznym zewnętrznym co do światła (czy normalne, czy zwężone) i wyglądu ścian (wyrośla kostne, zniekształcenia i t. d.), treści wzgl. wydzieliny (woskowinowej, ropnej, krwi zaschniętej lub świeżej, płynu mózgordzeniowego),

3. na błonie bębenkowej co do jej ustawienia, barwy, połysku, refleksu normalnego, złogów wapiennych, blizn, złogów krwi, przedziurawienia, zmian zapalnych, rodzaju i woni wydzieliny, ziarniny, łusek perłakowych, ciał obcych i t. d., ew. ruchomości błony bębenkowej, objawu przetokowego.

W zakresie nosa nakreślić należy stwierdzone zmiany przy: obmacywaniu nosa zewnętrznego, oglądaniu jamy nosowej przednim, tylnym z uwzględnieniem jamy nosowo-gardłowej, wziernikowaniu nosa środkowym (przy podejrzeniu schorzenia jam bocznych), badaniu drożności oddechowej. W razie potrzeby bada się zmysł powonienia (metody p. w podręcznikach), zastosowuje się diafanoskopię, nakłucie wzgl. przepłukiwanie jam bocznych nosa, zdjęcie rentgenowskie. Zdjęcie rentgenowskie stanowi przedmiotowy i nieodparty dowód na stwierdzone zmiany, musi ono jednak być należycie objaśnione i omówione. Przy rzadkich lub trudnych do wytłumaczenia obrazach dołącza się zdjęcie porównawcze normalnego nosa i określa różnicę. Objaśnienie zdjęcia można uzupełnić szkicami, zawierającymi kontury rozmaitych cieni kostnych. O ile zdjęcie rentgenowskie było kiedyś u badanego już wykonane, należy po nie sięgnąć celem odciążenia kosztów ponownego zdjęcia ew. porównania. Napotykane nieraz bezpośrednio po zdarzeniu, prowadzącym do zmian chorobowych, utrudnia w ich rozpoznawaniu należy likwidować odpowiednimi zabiegami, a mianowicie: krwotok nosowy, uniemożliwiający wgląd do jamy nosowej, czasową tamponadą, obrzęk zewnętrzny, zacierający kontury, czasowymi okładami zimnymi (z wody Burowa), ból, niedozwalający na

dotknięcie miejsca uszkodzonego, ew. narkozą, a obrzęk wewnętrzny zmniejszeniem ukrwienia tamponami z kokainy i adranaliny.

W zakresie gardła (i migdałków) nakreśla się zmiany, stwierdzone wedle zwyczajnych metod.

W zakresie krtani badanie nakreślić ma zmiany zewnętrzne na szyi i wenętrzne w otoczeniu (w obrębie nagłośni, zatok gruszkowatych) oraz samej krtani z uwzględnieniem barwy błony śluzowej, ruchomości strun głosowych przy wdechu i fonacji, drożności, przy zastosowaniu obok wziernikowania pośredniego ew. bezpośredniego, dalej zdjęcia rentgenowskiego (przy złamaniach), wycięcia próbnego i badania drobnowidowego (dla odróżnienia gruźlicy od raka) i badania płuc (przez internistę).

Następnie przy schorzeniach ucha przeprowadza się badanie słuchu i czynności narządu równowagi ciała.

Badanie słuchu ma na celu stwierdzenie stopnia zdolności słuchowej (badanie ilościowe) i rodzaju upośledzenia słuchu (badanie jakościowe). Jest ono podmiotowe, zależne od zapodań badanego. Przeprowadza się je w pokoju zamkniętym, cichym, długości przynajmniej 5—6 m (nie w dużych salach lub długich korytarzach jako nieodpowiednich). Badamy każde ucho oddzielnie, przy równoczesnym wyłączeniu drugiego ucha z aktu słyszenia przez zatkanie go palcem zwilżonym wskazującym, wprowadzonym do przewodu zewnętrznego, lub zwilżoną watą, zawsze przez osobę pomocniczą, ponieważ badany czyni to zatkanie niedokładnie. Ucho badane ma być zwrócone stroną do badającego, przyczym badany ma być zwrócony bokiem do lekarza, aby nie widział ust badającego, wzgl. należy mu zasłonić oczy suknem lub nieprzeźroczystymi okularami lub rękami osoby pomocniczej ze zwartymi palcami.

Badanie słuchu odbywa się zapomocą szeptu lub mowy konwersacyjnej oraz stroików.

Mowa konwersacyjna (głośna, zwykła) nie nadaje się do badania z powodu swego natężenia, udzielającego się także uchu zatkanemu. Zastosowanie jej ma tylko miejsce przy bardzo silnym, obustronnym przytępieniu słuchu, gdy badany szeptu wcale już nie słyszy.

Badanie szeptem następuje przez wymawianie liczb dwucyfrowych (od 21—29). Wymawianie wyrazów stosujemy tylko dla kontroli. Szept powinien być wypowiedziany w końcowej fazie głębokiego wydechu, przy jednakowym natężeniu. U dzieci wyma-

wiamy liczby od 1—10 lub nazwy przedmiotów znanych. Odległość powtórzonych przez badanego liczb lub wyrazów szeptanych oznaczamy w metrach, osobno dla liczb (lub wyrazów) wysokobrzmiących (zawierających samogłoski a, e, i, spółgłoski s, z, np. 77, 16, sosna), osobno niskich (zawierających samogłoski ó, u, spółgłoski r, w, np. wór, rów, rum, kawa).

Badanie stroikami przeprowadzamy: 1. stroikiem nisko brzmiącym, C (mającym 64 drgań na sekundę) lub c (o 128 drganiach na sek.) lub c^1 (o 256 drganiach na sek.), którymkolwiek z nich przez badanego słyszalnym, ustawionym na środku głowy (lub na czole).

a) Dla stwierdzenia różnicy między czasem trwania przewodnictwa kostnego u badanego i badającego (j. to próba słuchowa Schwabacha), którą dla siebie oceniamy ułamkiem o liczniku, zawierającym ilość sekund słyszanych przez badanego, a mianowniku z ilością sekund słyszanych przez badającego (mającego słuch normalny), np. 40/40 co oznacza „Schwabacha normalnego", 10/40 „Schwabacha skróconego", 50/40 „Schwabacha przedłużonego". Dla uniknięcia pomyłek wzgl. różnic, u różnych badających tę samą osobę, nie należy zapodawać tych ułamków w orzeczeniu, lecz oznaczać próbę Schwabacha np. jako „Schwabacha" normalnego lub lekko skróconego, lub silnie skróconego i t. d., oczywiście w stylu dla orzeczeń przyjętym, b) dla porównania, w którym uchu (przez przewodnictwo kostne) osoba badana stroik lepiej słyszy (próba Webera), c) dla porównania przewodnictwa kostnego z przewodnictwem powietrznym tego samego ucha (próba Rinnego).

2. Dla stwierdzenia słyszalności dolnej i górnej granicy tonów zapomocą stroików C_1 (32 drgań na sek.), C, c, c^1, c^2, c^3, c^4, c^5 i monochordu Struyckena lub piszczałki Galtona. Wynik tych badań oznaczamy np. „dolne trzy tony gorzej lub słabo lub tp. słyszalne" lub C_1 zero, C zero, c^1 zero i t. d.

Przy zmianach kataralnych ucha środkowego stosujemy kateteryzację i po niej ponowne badanie słuchu szeptem i stroikami, dające po przedmuchaniu ucha środkowego inne wyniki.

Gdy szczegóły jednego badania słuchu nie są zgodne np. Weber na prawo, Rinne po lewej stronie ujemny, pomijając kombinację zmian w uchu środkowym i wewnętrznym, należy badanie powtórzyć w innej porze dnia taksamo, w razie zmęczenia, nieuwagi badanego należy poszczególne badanie słuchu powtórzyć.

Do badania jednostronnej głuchoty służy metoda Lucae-Dennerta (po odetkaniu ucha głuchego nie zwiększa się słuch drugiego

ucha; próba ta jest praktycznie wystarczająca), metoda Bezolda, Baranyego (próba czytania), Vossa (przez zagęszczenie powietrza w przewodzie zewnętrznym ogłusza się ucho) i inne metody (p. Imhofer lub inne dzieła).

Przy podejrzeniu udawania lub przesady należy powtórzyć badanie słuchu po 1—2 dniach lub kilkakrotnie, ew. przyjąć badanego na obserwację oddziałową. Taksamo postępuje się przy schorzeniach pozabłędnikowych, centralnych, przy których nieraz zachodzi potrzeba badania kilkakrotnego, obok porównywania wyników badającego z ew. badaniem neurologicznym i okulistycznym.

Badanie narządu równowagi ciała polega na stwierdzeniu, obok zapodań podmiotowych w wywiadzie, (zawroty, nudności, wymioty, wymowa głośna lub cicha, gestykulacja), objawów przedmiotowych:

A) Samoistnych (spontanicznych), do których należą 1. oczopląs przy spojrzeniu prosto, w bok, w górę, ku dołowi, 2. wskazywania palcem w 3 płaszczyznach, 3. napięcie ramion, 4. achiadochokineza, 5. niezborność, 6. skłonność do padania i 7. odchylenia w chodzeniu na wprost, wprzód lub wtył, przy zamkniętych oczach. Jeżeli badany utrudnia lub zaciera ruchy świadomie, to należy kazać wykonywać je przy odwróceniu jego uwagi.

B) Doświadczalnych zapomocą próby cieplikowej i obrotowej.

Przy próbie cieplikowej (5 ccm wody o 27—30 stopniach temperatury Celsjusza, przy głowie wtył zgiętej) stwierdza się oczopląs przy spojrzeniu wprost pod okularami wypukłymi wzgl. Prenzla. Liczymy czas utajenia, tj. czas aż do wystąpienia, oczopląsu (przeciętnie 10—25 sekund), potem liczymy czas trwania oczopląsu (przeciętnie 80—120 sekund). W czasie trwania oczopląsu badamy wskazywanie palcem obu rąk równocześnie, w płaszczyźnie strzałkowej. Badanie cieplikowe przeprowadzamy w obu uszach dla stwierdzenia różnicy między reakcją jednego i drugiego ucha, czy oczopląs po jednej stronie występuje wcześniej, czy później, czy dłużej trwa, czy wogóle występuje, czy trwa tylko kilka sekund. Obojętnem jest, czy trwa tyle a tyle sekund, chodzi o różnicę między jednym a drugim uchem. Dla spraw błędnikowych nie ma znaczenia odchylanie palca ku stronie płukanej, gdy reakcja oczopląsu jest obustronnie jednakowa; objaw ten ma znaczenie tylko przy schorzeniach móżdżka. Po ustaniu oczopląsu cieplikowego każemy badanemu szybko powstać przy zamkniętych oczach, stopach przystających i głowie w tył zgiętej, ażeby równo-

cześnie zbadać skłonności do padania pochodzenia błędnikowego. Jeżeli przy tem badaniu cieplikowym zachodzą pewne niejasności, nieprowadzące do jednoznacznego rezultatu, albo, jeżeli chodzi o szczególnie poważne orzeczenie lekarskie, stosujemy próbę cieplikową z 5 ccm wody o 45 stopniach C. Nieraz zachodzi brak reakcji tak przy 27, jak przy 45 stopniach. Wtedy wykonujemy jeszcze badanie przy 4-ch stopniach wody (temperatura lodu topniejącego) które może typowo wypaść. Przy zmniejszonej pobudliwości błędnika należy badanie ewentualnie po kilku dniach powtórzyć. Zdarza się bowiem, że przy następnym badaniu zmniejszona pobudliwość nie zachodzi, np. przy zaburzeniach naczynioruchowych.

Przy suchych przedziurawieniach błony bębenkowej, zamiast wody, stosuje się dla próby cieplikowej wdmuchiwanie powietrza lub eteru.

Powszechnie stosowana jest również metoda cieplikowa, polegająca na użyciu wody o 19 stopniach C., tj. wody wodociągowej w lecie, przy pochyleniu głowy 60 stopni w tył i 45 stopni w bok ku stronie badanej.

Próba obrotowa (Baranyego) stosowana jest przy niewyraźnych wynikach próby cieplikowej (lub przy otworach w błonie bębenkowej). Przy niej również notujemy kierunek oczopląsu i odchylenia. Wykonujemy obrót w lewo i w prawo i porównujemy wyniki wzgl. różnicę. Należy pamiętać, że przy histerii lub padaczce chorzy spadają z krzesła, a przy padaczce może wystąpić nawet atak tejże.

Dla odróżnienia zmian funkcjonalnych od organicznych konieczne jest nieraz porozumienie się z psychiatrą lub neurologiem dla wykluczenia lub potwierdzenia zmian argonicznych. Tak samo, gdy nasuwa się podejrzenie, że zachodzi pewien związek z chorobą ogólną, powołać należy do wspólnego orzeczenia drugiego lekarza z dziedziny danej choroby (internistę, psychiatrę wzgl. oftamologa). Gdy wyniki poszczególnych badań są niedokładne lub nie dadzą się uzgodnić lub konieczne są jeszcze inne dalsze badania lub ostateczne badanie nie jest na czasie, należy poczynić w orzeczenu odpowiednie uwagi i wskazówki, w tym ostantim wypadku należy ustalić termin ponownego badania.

Każde badanie musi być dokładne i wyczerpujące. Badający (biegły) może w razie konieczności i swego uznania przeprowadzić (i ew. zarządzić) z własnej inicjatywy wszelkie nowoczesne meto-

dy i środki rozpoznawcze i ew. obserwacje (na oddziele leczniczym), jeśli prostsze sposoby badania nie prowadzą do celu.

7. Rozpoznanie, streszczenie stanu chorobowego.

8. Orzeczenie właściwe, tj. opinię (wywód końcowy). Opinia musi być ściśle przedmiotowa, oparta na naukowej dokładności, krytycznym ujęciu danych, nie kierowana możliwościami lub brakiem doświadczenia wzgl. tez teoretycznych, lecz przynajmniej prawdopodobieństwem, ponieważ badany nie może odpowiadać za luki wiedzy lekarskiej. Opinia musi być jasna i wyczerpująca, oparta na rozważaniu za i przeciw, powinna zobrazować jasno i zrozumiale powstanie, przebieg i następstwo choroby, aby mogła służyć za podstawę do dalszego rozstrzygnięcia, powinna zawierać tylko stanowcze twierdzenie przez wyrażenie osobiste opiniodawcy „stwierdzam" lub „nie stwierdzam" a nie zawierać wyrażeń „nie można stwierdzić" lub „stwierdza się". Wszystkie twierdzenia należy uzasadnić.

Opinia określa:

1. o ile zapodania podmiotowe badanego dają się uzasadnić obrazem przedmiotowym, jakie dolegliwości można wedle wyniku badania uważać za wiarygodne i odnieść do danej choroby (n. w.);

2. jakie są wskazane środki do dokładniejszego ustalenia zmian chorobowych (n. w.), czy zachodzi potrzeba obserwacji (ew. w zakładzie leczniczym), czy zachodzi podejrzenie na udawanie, z jakich powodów, czy zachowanie się badanego wpływa ujemnie na stan chorobowy i z jakich powodów;

3. jakie zmiany chorobowe stwierdza się jako podpadające pod obecną ocenę, z wymienieniem najpierw choroby głównej, wpływającej na u. z. z., następnie schorzeń, zależnie od ich znaczenia dla zdolności do pracy, czy zachodzą następstwa n. w., czy choroba zawodowa, jakie następstwa są bezpośrednie a jakie pośrednie;

4. czy zachodzi możliwość poprawy stanu zdrowia, jakie są wskazane środki do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia, następstw (n. w.), w jakim czasie należy się spodziewać poprawy zdolności zarobkowej, czy przez ustąpienie zmian chorobowych, czy przez przystosowanie, ew. kiedy wypadałaby data badania dla stwierdzenia polepszenia;

5. jaki jest wpływ zmian chorobowych i ich następstw na stan fizyczny, psychiczny i konkurencyjny badanego, które zmiany przyczyniają się do tego;

6. czy zachodzi n. z. przejściowa (przy uznaniu takowej zapodać te zmiany, które są jej powodem, gdyż od ich poprawy zależeć może zmniejszenie lub odebranie dalszego odszkodowania wzgl. renty, czy trwała (w obecnym stopniu czy w mniejszym stopniu i z jakich motywów). Przy braku n. z. należy zapodać motywy tej oceny, dla poparcia której można się posługiwać przykładami podobnych schorzeń u pracowników pełnopracujących lub nieubezpieczonych, oraz źródłami z literatury;

7. jaki jest stopień (%) n. z., ile wynosi u. z. z. przy tych zmianach bez względu na wiek, płeć, i inne warunki, obniżające wartość fizyczną, psychiczną i konkurencyjną lub uwzględniające te okoliczności;

8. jaka jest możliwość dalszej pracy (ciężkiej, lekkiej, w pozycji ciała ciedzącej, stojącej, w czasie chodu, na wolnym powietrzu, w zamkniętej przestrzeni, z przerwami, bez przerwy ew. z zapodaniem rodzaju zawodu lub rzemiosła, któremu badany może jeszcze podołać. (Opiniowanie, jakie zajęcie dany pracownik mógłby wykonywać, zależy zasadniczo od ogólnego stanu zdrowia, tj. stanu zdrowotnego wszystkich narządów i członków ciała, i od znajomości ogólnej zdolności do pracy);

9. inne szczególne uwagi;

10. czasokres ponownego badania. Przy badaniu, następującym po upływie pewnego dłuższego okresu, (nie krótszego niż rok) dla uzupełnienia opinii poprzedniej, określa się, czy następstwa choroby (n. w.) poprawiły się, pogorszyły, czy są niezmienione, z jakich można wywnioskować o zmianie stanu zdrowia badanego i stopnia n. z., czy zmianę stanu zdrowia można skonstatować z zapodań podmiotowych, czy można się spodziewać poprawy lub pogorszenia po pewnym czasie, w którym, jest wskazane ponowne badanie, jaki jest obecny stopień (%) n. z.;

11. Podpis (wyraźny) biegłego.

Jako przykładowe opiniowanie w praktyce przytaczam:

Orzeczenie lekarskie (Nr. 1)

nad XY, zamieszkałym w Z., ul. K., lat 38, z zawodu bez zajęcia, badannym z dnia ../.. .... r. w gabinecie podpisanego, na polecenie Sądu Apelacyjnego we Lwowie Wydz. I. Sygn. I. CA .../...

Z akt sądowych, otrzymanych do przejrzenia, w szczególności do sygn. XXX Kg ..../..: z aktu z dnia ../.. .... r., świadectwa D-ra S. D-ra W. we Lwowie z dnia ../.. .... r., D-ra W. w Brodach z dn. ../..

.. r., D-ra S. z dn. ../. .. r., z aktu z dn. ../. .. r., sygn. VI Ka ../..: z aktu z dn. ./.. .. r., z orzeczenia biegłego w osobie podpisanego z dn. ./.. .. r., do sygn. .. C. J. 10/.. r.,: z aktu z dnia ./.. .. r., z protokołu Gen. Konsula w N. Y. z dn. ../... .. r., z wyroku z dn. ../.. .. r., do sygn. I. CA .../..: ze skargi apelacyjnej pozwanego, z aktu z dn. ../.. .. r., i dn. ../.. .. r., wynika, że:

XY, przed 19-m września 1933 r. nigdy nie chorował na uszy. Dnia 19. IX. 33 r. został uderzony dłonią dwukrotnie w twarz, wgzl. w ucho lewe, poczem odczuwał bóle głowy, szum i osłabienie słuchu w uchu lewym, oraz wrażenie gorąca w policzku lewym. Tego samego dnia, po 4-ch godzinach, poddał się badaniu u D-ra K., który stwierdził wyraźne zaczerwienienie policzka lewego, i u D-ra S., który stwierdził to samo oraz „upośledzenie słuchu lewego ucha. szept zaakcentowany, słyszalny tylko pół metra przed uchem, znaczne osłabienie przewodnictwa kostnego, a zatem laesia labirynthi sin. minoris gradus“. Odnośnie do leczenia zalecił Dr. S. zachowanie spokoju. Potem badany z powodu dolegliwości, których nabył po uderzeniu, więcej nie był u lekarza. Po uderzeniu badany pełnił funkcje rytualne w dniu Nowego Roku i Święta Pojednania oraz codzienne zajęcia. Po 4-ch tygodniach badany, podczas pobytu w Brodach w dniu ../.. .. r., mając silne bóle w uchu, pierwotnie dotkniętym przez uraz, udał się po poradę do D-ra W. (zamieszkałego w Brodach), który rozpoznając ostre zapalenie ropne ucha środkowego (lewego), skierował badanego do specjalisty chorób uszu do Lwowa. Od dnia ../. .. r., badany leczył się u D-ra S. z powodu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego lewego, zrazu codziennie, potem co kilka dni, przez szereg miesięcy aż do marca 1934 r., poczem leczenie przerwał.

Podpisany, w charakterze biegłego, w dniu ./.. .. r., stwierdził u badanego suchy otwór błony bębenkowej lewej po przebytym ostrym ropnym zapaleniu ucha środkowego. Na pytanie Wysokiego Sądu: „czy ta choroba może być w związku przyczynowym z uderzeniem w twarz, które miało miejsce dnia ./. .... r.“ orzekł podpisany, że na podstawie badania lekarskiego przez D-ra K. i D-ra S., w którem nie zapodano wyglądu błony bębenkowej, oraz badania przez D-ra S. z dnia ./. .... r., w którym stwierdzono ostre ropne zapalenie ucha środkowego, również bez zapodania szczegółów anatomo-patologicznych, zachodzi m o ż l i w o ś ć takiego związku, gdyby przy badaniu w dniu ./. .... r. zachodziło pęknięcie błony bębenkowej, mogące się utrzymywać przez 4—6 tygodni,

w międzyczasie usposabiające ucho środkowe do zakażenia. Wobec braku szczegółów anatomo-patologicznych przy badaniu z dnia ../. ... r. podpisany nie miał pewności zaistnienia takiego związku przyczynowego, ani też nie przyjął jego prawdopodobieństwa, a z drugiej strony orzekł możliwość, „że zapalenie ucha środkowego powstało w uchu, będącym w stanie zdrowym, normalnym, niezależnie od urazu".

Dr. S. zeznał dodatkowo dnia ./. .... i ./. .... r., że przy pierwszym badaniu uderzonego (./. .... r.) „znalazł bębenek nieuszkodzony, lecz tylko przytępienie słuchu z powodu wstrząśnienia, spowodowanego uderzeniem" wzgl. „nie stwierdził żadnego pęknięcia błony bębenkowej". Później, przy stwierdzeniu ostrego zapalenia ucha środkowego, Dr. S. „zmuszony był przebić bębenek" wzgl. przebił błonę bębenkową, z czego wynika, że ostre ropne zapalenie ucha środkowego rozwinęło się przy nienaruszonej błonie bębenkowej.

Dr. S. „nie może stwierdzić, że opisane zapalenie ucha środkowego było skutkiem uderzenia, jednakowoż to może zapodać, że po uderzeniu, gdy nastąpiły w uchu zmiany powodujące przytępienie słuchu, to ucho mogło być skłonniejsze do infekcji i właśnie dlatego mogło nastąpić infekcyjne zapalenie ucha środkowego". Na zapytanie deponent podaje, „że zaburzenia w krążeniu, spowodowane przez uderzenie, mogły być przyczyną przytępienia słuchu, a później skłonności do zapalenia".

Sąd Okręgowy Cywilny I. do sygn. 12 C J ./. w dniu ./. .... r. ustalił, „że w 3 tygodnie po zajściu powód doznał ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego lewego, które pozostaje w związku przyczynowym z uderzeniami pozwanego". „Sąd przyjął związek przyczynowy między uderzeniem powoda a zapaleniem ucha środkowego na tej podstawie, że ucho powoda przed zajściem było zdrowe, a według zeznań świadka Dr. S. ucho lewe powoda z powodu zmian (szum, przytępienie słuchu), powstałych wskutek uderzenia, było skłonne do infekcji i z tej przyczyny mogło nastąpić infekcyjne zapalenie ucha środkowego".

Résumé.

B. Świątłowski. L'expertise en Oto-rhino-laryngologie. A suivre. Résumé sera publiée à la suite du travail.

Przyczynek do kliniki gruźlicy gardła i jamy ustnej.

Doc. Dr BENEDYKT DYLEWSKI (Łódź).

Gruźlica jamy ustnej i gardła należy do cierpień stosunkowo rzadkich. Schorzenia gruźlicze górnego odcinka dróg oddechowych spotykamy najczęściej w postaci gruźlicy krtani. Na liczne przypadki gruźlicy krtani przypadają zaledwie pojedyńcze przypadki gruźlicy jamy ustnej i gardła, która może występować w różnych postaciach: tocznia, nacieku, owrzodzenia, ropni zimnych i prosówki. Jedną z najrzadszych form gruźliczego schorzenia jamy ustnej jest postać zimnego ropnia. *Szmurło* w ciągu 12 lat obserwował w Wileńskiej Klinice Otolaryngologicznej, posiadającej specjalną salę dla chorych na gruźlicę tylko dwa przypadki gruźlicy jamy ustnej w postaci ropni zimnych, które najczęściej powstają na języku. Zimne ropnie gardła bez jednoczesnego schorzenia kręgów szyjnych należą również do przypadków rzadkich. Gruźlica jamy ustnej i gardła zwykle występuje pod jakąkolwiek jedną z wyżej wskazanych postaci. Z postaci kombinowanych najczęściej mamy do czynienia z połączeniem nacieku z owrzodzeniem, rzadko spotykamy przypadki gruźlicy jamy ustnej i gardła mięszane z ropniami zimnymi. Jeden taki przypadek owrzodzenia i zimnego ropnia języka podaje *Szmurło.* Poza bardzo bolesnymi ropniami zimnymi podokostnowymi, występującymi zwykle na podniebieniu twardym, ropnie zimne jamy ustnej i gardła nie sprawiają choremu zazwyczaj dużych dolegliwości.

Niżej przytaczam obserwowany przeze mnie ciekawy przypadek gruźlicy jamy ustnej i gardła.

A. B. 29 lat, rolnik został do mnie skierowany przez phtisiologa z powodu podejrzenia na gruźlicę krtani i języka. Po raz pierwszy zgłosił się do lekarza z powodu choroby płuc w listopadzie 1934 roku. Badanie *(Dr. Rejterowski)* wykazało: przytłumienie i liczne wilgotne rzężenia nad obu szczytami. W plwocinie wykryto prątki gruźlicze. Roentgenologiczne badanie płuc: obydwa górne i lewe środkowe pole płucne pokrywają liczne rozsiane plamiste cienie zgęszczeń. Po stronie lewej cienie te są liczniejsze i zlewają się ze sobą. Kąty żebrowo-przeponowo wolne. Gardło, krtań — norma. Rozpoznanie: phtisis plm declarata progrediens utriusque. Po raz drugi chory zgłosił się do phtisiologa w styczniu

1936 roku już ze skargami na duszność i bóle podczas połykania. Chory wskazuje na duże owrzodzenie na grzbiecie języka, utrudniające mowę i przyjmowanie pokarmów.

W płucach rzężeń brak, poza tym stan bez zmian. Ze strony serca i narządów jamy brzusznej zmian patologicznych nie wykryto. Wobec objawów zajęcia jamy ustnej i krtani skierowano chorego do laryngologa.

Chory zgłosił się do mnie 8 IV 36 ze skargami na silną duszność i utrudnione, bolesne połykanie nie tylko pokarmów stałych, lecz również i płynów. Chory wysokiego wzrostu, bardzo wyniszczony. Oddech znacznie utrudniony, głośny. Badanie nosa wykazało: skrzywienie przegrody nosowej w lewo. Uszy: obie błony bębenkowe matowe, znacznie wciągnięte. Obustronne przytępienie słuchu znacznego stopnia (szept słyszy z odległości 1 metra). Język mało ruchomy, cały obrzmiały. Na grzbiecie języka przeważnie po stronie lewej dość głębokie owrzodzenie o średnicy mniej więcej czterech cm. Ruchy języka bolesne. Mowa niewyraźna. Chory połyka płyny z wielkim trudem. Na tylnej ścianie gardła dolnego widoczny jest guz wielkości śliwki, zasłaniający prawie całe wejście do krtani. Przy bocznym ustawieniu głowy podczas wielokrotnych badań udało się obejrzeć krtań, w której zmian chorobowych nie stwierdzono. Obmacywanie guza na tylnej ścianie gardła wykazało, że jest to guz stosunkowo miękki, chełbocący, nie przesuwalny. Pokrywająca guz błona śluzowa nie różni się zabarwieniem od reszty śluzówki gardła. Badanie krwi na odczyny kiłowe dało wynik ujemny. Wzięto kawałek tkanki z owrzodzenia języka do badania histologicznego, które wykazało gruźliczy charakter owrzodzenia. Skierowano chorego do szpitala. Zapomocą cienkiej igły dokonano przekłucia próbnego guza na tylnej ściance gardła. Wyciągnięto przez igłę około 5 cm^3 ropy, która po zbadaniu bakterjologicznym okazała się jałową. Do jamy ropnia, umiejscowionego tuż nad krtanią nie zastrzykiwano żadnych leków w obawie przed wystąpieniem potem ostrego obrzęku krtani. Natychmiast po wypuszczeniu ropy ustąpiła duszność i chory zaczął swobodnie połykać płyny i pokarmy stałe. Po opróżnieniu ropnia przypalono Packelenem jedną połowę owrzodzenia na języku, rozkładając na dwa seansy przypalanie całego rozległego owrzodzenia. Po podgojeniu się rany po pierwszej kaustyce wypalono w ten sam sposób resztę owrzodzenia. Wobec ponownego gromadzenia się ropy w guzie na tylnej ścianie gardła opróżnianie guza powta-

rzano parokrotnie. Chory wypisał się ze szpitala z podgojonym owrzodzeniem na języku. Guz na tylnej ścianie gardła znikł.

Badanie chorego po upływie miesiąca wykazało zupełne wygojenie się owrzodzenia na języku. Ropień na tylnej ścianie gardła znowuż zebrał się ale znacznie mniejszy niż dawniej w postaci niedużej wyniosłości na tym samym miejscu. Oddech swobodny, bólów podczas połykania brak. Chory czuje się nieźle, znacznie przybył na wadze. Dokonano punkcji ropnia. 6 XI 1936 r. chory zgłosił się na kontrolę po upływie sześciu miesięcy od ostatniej wizyty. Ogólny stan chorego dobry. W płucach rzeżeń brak. Na języku ledwo znaczna blizna w miejscu dawnego owrzodzenia. Tylna ściana gardła bez zmian chorobowych. Wszystkie objawy gruźlicy jamy ustnej ustąpiły. Proszono chorego przyjechać za trzy tygodnie celem zademonstrowania go na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Phtisiologów jako przypadek wygojonej i nie wznawiającej się od sześciu miesięcy owrzodzonej postaci gruźlicy języka i zimnego ropnia gardła. 27 listopada w dzień demonstracji stwierdzono u chorego symetrycznie umiejscowione na obu brzegach końca języka guzki wielkości ziarnka orzecha laskowego. Punkcja tych guzków wykazała, że znowuż mamy do czynienia z nowymi zimnymi ropniami, które choremu narazie zupełnie nie dokuczały. Chory podaje, że jeden z tych guzków po stronie prawej pękł i opróżnił się przed kilku dniami, ale potem znów się powiększył. Na grzbiecie języka stwierdza się ledwo widoczną bliznę w miejscu dawnego owrzodzenia. Tylna ściana gardła bez zmian. Guz na tylnej ścianie dolnego gardła zupełnie znikł po ostatniej punkcji.

Przytoczony wyżej przypadek jest ciekawy ze względu na stosunkową rzadkość gruźlicy gardła w postaci ropni zimnych, niezależnych od gruźliczego schorzenia kręgów szyjnych. Mamy tu również do czynienia z wielopostaciową gruźlicą jamy ustnej i gardła. Rozmiary, a zwłaszcza umiejscowienie ropnia gardła tuż nad krtanią i wejściem do przełyku dawały objawy groźne dla życia chorego w postaci duszności i utrudnienia przyjmowania pokarmów, powodując znaczne wyniszczenie. Przebieg cierpienia po zastosowaniu leczenia w naszym przypadku był bardzo pomyślny, owrzodzenie na języku szybko wygoiło się a ropień tylnej ściany gardła zupełnie znikł nie pozostawiając po sobie przetoki, co nieraz bywa w podobnych przypadkach. Pouczający jest nawrót ropnia zimnego, ale już nie w tym samym miejscu w gardle, a na języku, w którym ropnie te dość często powstają. Symetryczne umiejsco-

wienie i jednoczesne powstanie dwóch, jednakowej wielkości ropni zimnych na obu brzegach końca języka przemawia za tym, że w powstawaniu tych ropni ważną rolę odgrywają drogi krwionośne. Ciekawy pod względem rokowania jest przebieg cierpienia w naszym przypadku, pokazujący, że nawet rozległe owrzodzenia gruźlicze mogą goić się zupełnie, natomiast zimne ropnie dają nawroty już po wygojeniu się w innych miejscach jamy ustnej i gardła.

Résumé.

B. Dylewski. „Contribution à la clinique de la tuberculose de la gorge et de la bouche".

Description d'un cas rare de cette maladie. L'abcès froid de la gorge provoquait la suffocation grave.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej U. P. (Dyrektor: Prof. Dr Alfred Laskiewicz).

Przyczynek do leczenia uporczywych krwawień z przegrody nosa.

Dr ALEKSANDER ZAKRZEWSKI
st. asystent Kliniki.

Przedniodolny odcinek przegrody chrzęstnej nosa jest miejscem często powtarzających się i trudnych do leczenia krwawień. Przyczyna leży w strukturze anatomicznej tej części przegrody. Silnie rozwinięty splot naczyniowy powstały z połączenia gałązek tętnicy klinowopodniebiennej, sitowych i podniebiennej jest narażony na działanie zarówno urazów mechanicznych jakoteż i podrażnień chemicznych. Również i procesy chorobowe błony śluzowej jamy nosowej, czy to będą sprawy zapalne ostre, czy nieżyty zanikowe w pierwszym rzędzie wywołują krwawienia z tej okolicy. Dlatego też i przyjęte od dawna zabiegi lecznicze mające zarówno na celu zatamowanie doraźne krwiotoku jak i leczenie zapobiegawcze są przeważnie ograniczone do małej przestrzeni przegrody nosowej. *A. Passow* (Die Erkrankungen der Nasenscheidewand. Handbuch der Hals — Nasen — Ohren — Heilkunde, *A. Denker* und *Kahler* 1926, B. 2, S. 506) dając przegląd używanych metod leczniczych poza stosowanymi od dawna przyżeganiami chemiczny-

mi (kw. chromowy i trójchlorooctowy) i galwanokaustyką wymienia zalecaną przez kilku autorów resekcję podśluzową przegrody chrzęstnej na małej przestrzeni oraz wstrzykiwanie podśluzowe nowokainy z adrenaliną.

H. Lewenfisz w 1932 r. (A propos d'un traitement des saignements de la cloison nasale, — Les annales d'oto-laryng. 1932, n. 3, s. 293) zaproponował w celach leczniczych odłuszczanie błony śluzowej po jednej stronie jak przy wycięciu przegrody z pozostawieniem jednak chrząstki. Na pomysł tego rodzaju leczenia naprowadziły go obserwacje ustania krwawień z locus Kiesselbachi u osobników, którym dokonano uprzednio operacji resekcji przegrody jakoteż badania histologiczne *Becka* nad zachowaniem się tkanki łącznej i gruczołów w błonie śluzowej resekowanej podśluzówkowo przegrody człowieka (*Beck,* The laryngoscope, XIX, n. 12, 1909) i *Samojlenki* (Zeitschrift für Laryngologie, 13, VI, H. I. 5, 7) który przeprowadził analogiczne badania u kotów.

Sposób postępowania *Lewenfisza* był następujący:

1. Znieczulenie 10% roztw. kokainy.
2. Wstrzyknięcie podśluzówkowe 2—3 cm^3 nowokainy 1/2% z adrenaliną.
3. Nacięcie śluzówki dł. około 4 mm w najbardziej przednim odcinku przegrody.
4. Odłuszczenie śluzówki od ochrzęstnej.
5. Założenie setonu pod śluzówkę odłuszczoną.
6. Usunięcie setonu następnego dnia.

Opierając się na swoim materjale z 2 lat poleca *Lewenfisz* odłuszczanie śluzówki jako zabieg skuteczny i dobrze znoszony przez chorych; jest to zabieg nieuszkadzający błony śluzowej jak to ma miejsce w przyżeganiach chemicznych i galwanokaustyce wzgl. po elektro-koagulacji. W latach 1933—36 wykonaliśmy odłuszczenia błony śluzowej wraz z ochrzęstną w 36 przypadkach (23 mężczyzn, 17 kobiet i 6-ro dzieci). Wiek chorych: najmłodszy chory miał 5 lat, najstarszy 63, większość stanowili osobnicy w wieku 18—25 lat. 30 razy stosowaliśmy odłuszczanie śluzówki zapobiegawczo w ciągu kilku dni po ostatnim większym krwawieniu, 6 razy w czasie silnych krwiotoków z przegrody nosa u osobników młodych, w przypadkach, w których była wskazana silna tamponada uciskowa. Nie odłuszczaliśmy śluzówki przy silnych krwiotokach na tle nadciśnienia, oraz u osób młodych, u których podejrzewaliśmy tło ogólne krwawień nosowych. Leczenie

miejscowe przeprowadzaliśmy dopiero po wykluczeniu przyczyny ogólnej względnie dokonywaliśmy odłuszczenia w czasie leczenia internistycznego (3 przypadki nephritis). Większość naszych przypadków była leczona poprzednio w ciągu kilku lat rozmaitymi zabiegami na przegrodzie nosa. Wartość leczniczą odłuszczenia błony śluzowej wraz z ochrzęstną będziemy zatem mogli ocenić na podstawie przypadków wyjątkowo uporczywych nie poddających się leczeniu przyżeganiami i elektrokoagulacją.

Sposób postępowania:

1. Znieczulenie powierzchowne 20% roztworem kokainy.

2. Nacięcie śluzówki wraz z ochrzęstną w miejscu przejścia błony śluzowej przegrody w skórę przedsionka nosa. Cięcie jest pionowe, a długość jego równa się szerokości użytego raspatora (ok. 4—5 mm). Zbyt długie cięcie powoduje niejednokrotnie przesunięcie się płata śluzówkowoochrzęstnowego do tyłu, wskutek czego chrząstka jest czas dłuższy obnażona, a gojenie odbywa się per secundam.

3. Odłuszczenie płata śluzówkowo-ochrzęstnowego od chrząstki. *Lewenfisz* przy opisie swego zabiegu mówi o odłuszczaniu śluzówki od ochrzęstnej. Jest to postępowanie bardzo trudne, a często wręcz niemożliwe, prawie zawsze połączone z przedziurawieniem śluzówki zwłaszcza u osobników młodych. Od samego początku stosowania przez nas tej metody leczniczej odłuszczamy zawsze śluzówkę razem z ochrzęstną od chrząstki. Jest to zabieg bez porównania łatwiejszy, jakoteż jest uzasadniony strukturą histologiczną, a przede wszystkim przebiegiem naczyń tętniczych. Odłuszczamy błonę śluzową i ochrzęstną zarówno ku górze od cięcia pionowego jak i do tyłu i ku dołowi. Do tyłu odłuszczamy na głębokość 1—1,5 cm. W przypadkach wyjątkowo ciężkich krwawień obustronnych odłuszczaliśmy ochrzęstną po obu stronach przegrody chrzęstnej po uprzednim nacięciu chrząstki na dł. 1 cm. Cięcie śluzówkowe w tych przypadkach robiliśmy wyżej.

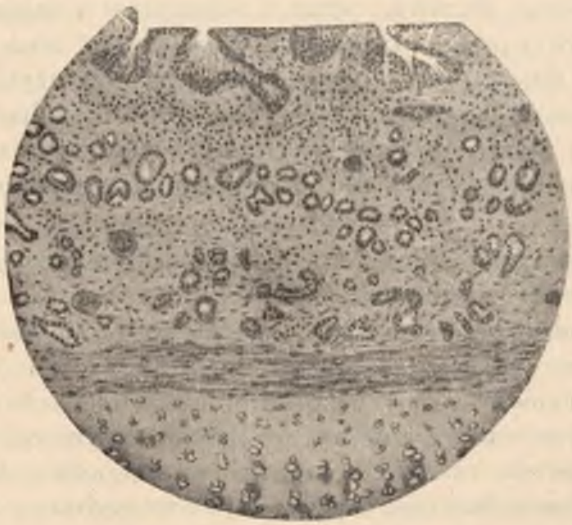
5. Seton między chrząstką a ochrzęstną zakładaliśmy tylko w kilku przypadkach, a mianowicie po odłuszczeniu wykonanym w czasie wielkiego krwawienia.

6. Tamponada przednia, którą usuwamy całkowicie dopiero 3 dnia.

Wyniki lecznicze były zdumiewające dobre. Poniższe zestawienie daje możność zorjentowania się co do materjału, który słu-

żył nam do wypróbowania tej metody leczniczej, oraz co do trwałości osiągniętych wyników. Z 36 osób zgłosiło się do badania kontrolnego 27. Odstęp czasu od zabiegu do dnia badania rozmaicie długi — przeważnie nie krótszy od roku.

W żadnym z badanych przez nas powtórnie przypadków nie stwierdziliśmy ani na podstawie badania objektywnego ani opierając się na wywiadach chorego krwawień nosowych po stronie operowanej. W 2 przypadkach nieżytu zanikowego z dużą skłonnością do krwiotoków po odłuszczeniu wystąpiło zwiększone za-



Rys. 1.

sychanie na przegrodzie. Zasychanie było przemijające jakkolwiek trwało w jednym przypadku rok, w drugim 1½ roku. Krwawienia w tych przypadkach ustąpiły również zupełnie.

Powikłań nie widzieliśmy. W jednym tylko przypadku stwierdziliśmy ropień przegrody u chorego, który przez tydzień po zabiegu nie zgłaszał się do zmiany opatrunku. Założenie setonu pod ochrzęstną zlikwidowało to powikłanie w ciągu 2-ch dni. Zabiegi przeprowadzaliśmy zawsze ambulatoryjnie.

Przeciwskazaniami do odłuszczenia śluzówki i ochrzęstnej są ostre nieżyty nosa, ropne zapalenie zatok bocznych, zanikowe nieżyty daleko posunięte oraz krwawiączka.

Badanie histologiczne śluzówki, ochrzęstnej i chrząstki przeprowadzane w dłuższy czas po odseparowaniu ochrzęstnej (11 m po odłuszczeniu płata śluzówkowo-ochrzęstnowego u chorej l. 23, wykonano resekcję przegrody chrzęstnej na przestrzeni $\frac{1}{2}$ cm^2 w miejscu Kisselbacha w ten sposób, że zaraz po nacięciu śluzówki i chrząstki oddzielono chrząstkę od ochrzęstnej strony przeciwnej nie separując ochrzęstnej od chrząstki po stronie operowanej. Pobrano wycinek małych rozmiarów składający się z chrząstki, ochrzęstnej nieoddzielonej i błony śluzowej) dało wynik następu-



Rys. 2.

jący w porównaniu z obrazem podobnie pobranego wycinka próbnego z przegrody na której nigdy poprzednio nie wykonywano żadnych zabiegów (pacj. l. 22).

1. Nabłonek ulega przerostowi.

2. W błonie śluzowej tuż pod nabłonkiem stwierdza się nieliczne nacieki drobnokomórkowe.

3. Gruczoły o charakterze mieszanym (surowiczo-śluzowe) ulegają również przerostowi, głównie elementy surowicze, przy czym stwierdza się w nich wzmożoną funkcję sekrecyjną, objawiającą się obecnością dużej ilości ziaren prosekretu. Krypty

Tablica 1.

Nr. porz.	Imię i nazwisko	Wiek	Płeć	Od kiedy datuje krwawienie	Zabiegi stosowane poprzednio	Po ilu miesiącach kontrola	Uwagi
1	Z. A.	19	m.	4 lata	koagulacja	9 m.	
2	J. P.	20	m.	2 „	galwanok.	16 „	
3	A Z.	23	k.	$1^1/_2$ roku	przyż. chem. i galwanok.	11 „	
4	Z. F.	15	m.	1 rok	galwan. i koagul.	12 „	
5	P. K.	20	m.	3 lata	koagulacja i przyż. chem.	8 „	
6	S. J.	23	k.	5 „	galwanok.	—	nie zgłosiła się
7	M. J.	24	k.	4 „	przyż chem. i koagulacja	9 m.	
8	Z. A.	20	m.	3 „	galwanok.	20 „	nephritis nie zgłosił się
9	S. E.	19	m.	3 „	koagul. i kaust.	20 „	
10	S. M.	46	m.	11 „	galwanok. i przyż. chem.	16 „	
11	R. C.	15	m.	1 rok	galwanok.	23 „	
12	N. Z.	22	m.	2 lata	przyż chem.	11 „	
13	S. S.	7	m.	1 rok	„	13 „	
14	P. H.	10	k.	$1^1/_2$ roku	„	8 „	
15	O. Z.	26	k.	2 lata	galwanok.	—	nie zgłosiła się
16	A R.	22	m.	2 „	„	—	„
17	R Z.	24	m.	$1^1/_2$ roku	„	—	„
18	M. A.	20	m.	5 lat	koagul. i kaust.	9 m.	
19	M. N.	22	k.	4 „	„	—	„
20	K J.	19	m.	4 „	kaustyk.	9 m.	
21	M. O.	33	m.	6 „	przyż. chem.	17 „	
22	L. J.	36	m.	8 „	„	—	„
23	K. S.	9	k	2 „	„	21 m.	
24	W. K.	24	m.	1 rok	galwanok.	13 „	nephritis
25	J. B.	21	m.	2 lata	„	—	nie zgłosił się
26	B. J.	13	k	1 rok	galwan. i koagul.	13 m.	
27	F A.	11	k.	$1^1/_2$ roku	„	18 „	
28	Z. S.	19	m.	2 lata	galwanok.	—	
29	R. A.	17	m.	2 „	„	26 m.	
30	P. A.	10	k.	1 rok	„	16 „	
31	K. C.	25	m.	2 lata	„	11 „	
32	T C.	28	m.	$2^1/_2$ roku	„	20 „	nephritis
33	F M.	21	m.	1 rok	koagulacja	9 „	
34	E S	36	m.	4 lata	„	14 „	
35	N. W.	63	m.	15 „	przyż. chem.	12 „	
36	Z. O	5	m.	1 rok	galwanok.	13 „	

w nabłonku będące ujściem gruczołów są od normalnych głębsze i liczniejsze.

4. Przechodząc do ochrzęstnej w odróżnieniu od obrazu normalnego (rys. 1) stwierdza się niejako proliferację ochrzęstnej wgłąb chrząstki, która jest spowodowana bujaniem naczyń z błony śluzowej do wnętrza chrząstki. Wrastające wgłąb naczynia mają

kształt ostrych stożków względnie szczelin (rys. 2), drążących niejednokrotnie przez całą grubość chrząstki. Z powyższych naczyń włosowatych pączkują dość liczne bocznice wzrastające w różnych kierunkach wgłąb chrząstki. Naczynia te posiadają tylko cieńką wyściółkę śródbłonkową i są szczelnie wypełnione krwią. Oprócz dopiero co opisanych naczyń proliferujących do chrząstki stwierdza się na wielu preparatach naczynia o większym kalibrze, których przebieg jest odwrotny do wyżej opisanych t. zn. naczynie takie wrosło do powierzchownych warstw chrząstki i łukowato się zaginając zdąża do śluzówki wpuklając przed sobą fragment chrząstki do wnętrza śluzówki.

Reasumując badania porównawcze przegrody normalnej i po zabiegu należy stwierdzić: 1. proliferację naczyń wgłąb chrząstki, 2. przerost nabłonka i śluzówki, a w tej ostatniej głównie elementów gruczołowych oraz wzmożoną ich czynność wydzielniczą, 3. przesunięcie systemu naczyń przegrody z warstw powierzchonych wgłąb, a mianowicie do ochrzęstnej i chrząstki.

Zmiany stwierdzane mikroskopowo w przegrodzie po zabiegu traumatyzującym chrząstkę i ochrzęstną czynią przedni odcinek przegrody oporniejszy na wszelkiego rodzaju czynniki, prowadzące do przerwania ciągłości błony śluzowej tej okolicy.

Résumé.

A. Zakrzewski. Contribution au traitement des saignements tenaces de la cloison nasale.

L'auteur a traité avec succès 36 cas (23 hommes, 17 femmes et 6 enfants) de saignements opiniâtres du nez à l'aide d'une opération, proposée par *Lewenfisz* qui consiste à détachement de la muqueuse de la cloison sans résection de cartillage. L'auteur a fait des examens histologiques de la cloison ainsi opérée avant une année et il a constaté: 1. prolifération des vaisseaux dans le cartillage, 2. hyperplasie de la muqueuse et augmentation de la sécrétion glandulaire.

Sprawozdanie z III Międzynarodowego Kongresu Otolaryngologów w Berlinie

podał prof. Dr JAN SZMURŁO.

Stosownie do decyzji Stałego Komitetu Zjazdów Międzynarodowych Otolaryngologicznych, powziętej w 1932 r. na II Kongresie w Madrycie, III-ci Kongres miał się odbyć w 1936 r. w Berlinie. Przewodnictwo Kongresu oraz całą jego organizację Komitet powierzył prof. *Carl v. Eickenowi*, dyrektorowi Kliniki Otolaryngologicznej w Berlinie, który przed tym w imieniu Rządu i Niemieckiego Towarzystwa Otolaryngologicznego zgłosił na ręce prof. *Tapii* odpowiednie zaproszenie.

W marcu r. ub. zorganizowany przez prof. *v. Eickena* Komitet rozesłał do wszystkich towarzystw i redakcji pism otolaryngologicznych zaproszenie oraz program Kongresu, który obejmował trzy zasadnicze tematy:

1. Radioterapia nowotworów złośliwych górnego odcinka dróg oddechowych.
2. Przyrządy elektroakustyczne do badania słuchu i jego poprawy.
3. Wpływ konstytucji na cierpienia gardła nosa i ucha.

Na wiosnę rb. rozesłany został przez Komitet cyrkularz, oznajmiający o terminie Zjazdu (17—22 sierpnia), o terminie nadsyłania zgłoszeń i referatów i terminie wnoszenia opłat członkowskich. Wreszcie w lipcu wszyscy członkowie otrzymali szczegółowy program Zjazdu, z którego widać było, że wszystkie tematy zostały obficie obsadzone przez wybine siły naukowe. Zapoznanie się członków miało się odbyć w niedzielę 16 sierpnia bezpośrednio po zakończeniu Olimpiady w salonach przyjęć uroczystych Krolla. Program rozrywek i przyjemności zapowiadał się również bardzo obiecująco.

W początkach sierpnia otrzymałem od Ministerstwa W. R. i O. P. polecenie reprezentowania Ministerstwa na Kongresie. Po wyrobieniu sobie więc paszportu, udałem się do Berlina w przeddzień otwarcia Kongresu, 16 sierpnia. Wieczorem, stosownie do programu udałem się do Krolla, gdzie było zorganizowane na ten wieczór biuro Zjazdu. Zastałem dość liczne grono przyjezdnych kolegów, z których część znana mi już była z poprzednich kongresów. Z rozmowy z generalnym sekretarzem Zjazdu, prof. *K. Vogelem* dowie-

działem się, że liczba zgłoszeń wynosiła przeszło 800. Wkrótce przybył przewodniczący Kongresu, prof. *v. Eicken,* który wszystkich uprzejmie witał. Potworzyły się liczne koła znajomych, które obsiadły stoliki i spędzały czas przy kufelku piwa lub filiżance kawy na miłej pogawędce.

Nazajutrz o godzinie 8-mej rano udałem się na Luisenstrasse, gdzie w domu *Langenbeck-Virchowa* miał się odbyć Kongres. Ponieważ wobec zbyt spóźnionego zgłoszenia Komitet Zjazdu wyznaczył mi bardzo ładny, ale daleko od miejsca obrad położony lokal, przeto przybyłem dopiero w 40 minut do Langenbeck-Virchow-Haus. Lokal okazał się wprost wspaniałym. W ogromnym hallu i przylegających do niego salach zostało umieszczone Biuro Zjazdu, poczta, bufet oraz szereg kiosków, w których księgarnie berlińskie powystawiały wszystkie nowości z zakresu nie tylko otolaryngologii, ale również i innych działów medycyny, a nawet przyrodoznawstwa. Na pierwszym piętrze w obszernych korytarzach rozłożyły swoje instrumenty wszystkie firmy berlińskie narzędzi i przyrządów lekarskich, oraz firmy apteczne. Z korytarza było wejście do wielkiej amfiteatralnie urządzonej sali wykładowej, do mniejszej sali obrad, a zboku, w sąsiednich pokojach dalsze części biura zjazdu, przy czym dla ułatwienia i orientacji w każdym pokoju mieściły się teki ze wszystkimi papierami, referatami, zaproszeniami dla uczestników tylko z nazwiskami rozpoczynającymi się na pewne litery alfabetu. Ułatwiało to znacznie uczestnikom Kongresu zaopatrzenie się w potrzebne papiery i otrzymywanie niezbędnych informacji.

Pierwsze posiedzenie Kongresu rozpoczęło się punktualnie o godz. 9 min. 15. Na trybunę wszedł Minister Nauki, Wykształcenia i Wychowania Narodowego (Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung), podniesieniem i wyciągnięciem ręki powitał zgromadzonych i wygłosił powitalne przemówienie w imieniu Rządu Rzeszy, w którym podnosił doniosłość zjazdów międzynarodowych w ogóle i obecnego w szczególności. Wyraził radość, że może powitać Zjazd w odrodzonych Niemczech i że przyjezdni goście będą mogli osobiście się przekonać, jak się rozwija w obecnych warunkach praca naukowa. Zakończył życzeniem owocnej pracy w tak ważnej dla ludzkości dziedzinie, jak walka z nowotworami złośliwymi.

Po przemówieniu Ministra wszedł na trybunę Prezes Komitetu, *v. Eicken* i powitawszy kolegów przybyłych z dalekich krajów

w tak licznym gronie, omówił sprawę organizacji Zjazdu, rozkładu pracy. Wśród członków Komitetu, mówił, istniała rozbieżność zdań, jak prowadzić prace zjazdowe, czy rozbić się na trzy sekcje, które obradowałyby oddzielnie, a tylko tematy ogólne byłyby wygłaszane na wspólnych posiedzeniach, jak to się działo w Kopenhadze, czy też wszystkie referaty byłyby wygłaszane w jednej sali dla wszystkich uczestników Zjazdu. Pierwszy sposób dałby możność skrócić czas obrad, pozbawiłby wszakże wielu członków możności wysłuchania tych odczytów, któreby ich interesowały. Postanowiono w tym celu rozesłać kwestionariusze do wszystkich uczestników z prośbą o niezwłoczną odpowiedź. Ponieważ zarówno wśród członków Komitetu jak i wśród uczestników Zjazdu przeważyła druga opinia, Komitet postanowił, że wszystkie referaty będą wygłaszane w jednej sali, za to Zjazd zamiast trzech dni będzie trwał dni sześć, posiedzenia będą odbywały się w godzinach rannych do drugiej po południu, całe zaś poobiedzie zostanie wolne, ażeby ułatwić uczestnikom Zjazdu zapoznanie się z klinikami, muzeami i osobliwościami Berlina. Wszystkich referatów poza programowymi zgłoszono 124. Ponieważ na każdy referat przeznacza się 20 minut, będących w rozporządzeniu trzydziestu godzin nie wystarczy na wysłuchanie tych wszystkich referatów, jednakże Prezes ma nadzieję, że uda mu się te trudności rozwiązać w granicach zakreślonego czasu. Komitet zorganizował wystawę księgarską, instrumentalną i farmaceutyczną, zaznajamiającą uczestników z najnowszym dorobkiem w tej dziedzinie, oraz wystawę naukową z zakresu otolaryngologii, mieszczącą się na drugim piętrze: poza tym przewiduje się zwiedzanie Kliniki oraz możność przyglądania się wykonywanym operacjom. W zakończeniu mówca podkreślił, że obecny Zjazd odbywa się w okresie bardzo doniosłym dla Niemiec, kiedy panuje wola Przywódzcy Narodu Adolfa Hitlera, który rozbudził w Narodzie drzemiące siły i powołał go do pokojowej twórczej pracy dla dobra ojczyzny i ludzkości. Wzniósłszy okrzyk na cześć Wodza, powtórzony przez większość zgromadzonych, zaproponował przesłać mu depeszę powitalną, co większość przyjęła grzmiącymi oklaskami.

Po przemówieniu Prezesa Sekretarz Generalny prof. *K. Vogel.* zdał sprawozdanie liczbowe dotyczące Zjazdu, wyliczył liczbę państw, które zgłosiły udział w Zjeździe swoich przedstawicieli, przy tym w porządku alfabetycznym według państw odczytywał nazwiska delegatów. Podał następnie liczbę uczestników z każde-

go kraju, omówił organizację Biura Zjazdu, wskazał, gdzie się należy zwracać po informacje, po bilety na przyjęcia, gdzie się zapisywać na wycieczki itp.

Po półgodzinnej przerwie rozpoczęło się wygłaszanie referatów na 1 temat główny: „Radioterapia nowotworów złośliwych". Pierwszym sprawozdawcą był *Berven* ze Stockholmu, który mówił na temat „Leczenie nowotworów jamy ustnej i gardła". W leczeniu sprawozdawca oddaje pierwszeństwo promieniom gamma radu, rentgenoterapię stosuje znacznie rzadziej i to przeważnie w nowotworach migdałka. Rad stosuje się w wielkich dawkach, gdyż do rozporządzenia sprawozdawcy są dwa aparaty: jeden z trzema, drugi z pięciu gramami radu. Dla ochrony personelu przed zabójczym działaniem takiej ilości radu w chwili naświetlania zamyka się go w ołowianej pace ze ścianami grubości 10 cmt. Przylegające do miejsca naświetlanego części ciała pokrywa się ołowianym filtrem grubości od 3,5 do 6 cmt, miejsca za naświetlane 3 mm filtrem. W ten sposób przepuszcza się tylko najtwardsze promienie gamma. Naświetla się albo z większej odległości (teleradioterapia), albo z mniejszej (brachyradioterapia). Poza tym stosuje się jeszcze: 1. wkłuwanie igieł radowych w sam guz i w miejsca najbliżej przylegające i 2. powierzchowne stosowanie rurek z radem na powierzchnię guza. Wreszcie w częstym użyciu jest również elektroagulacja i zabiegi operacyjne w przypadkach łatwo dostępnych przerzutów. Sprawozdawca podaje dokładny schemat, jak dzielić na pola, jak obliczać ilość promieni oraz technikę stosowania radu. Uważa za pożyteczne wywołanie odczynu ze strony nabłonka i skóry, który świadczy właściwie tylko o sile naświetlania. Odczyn powinien być umiarkowany, stan zapalny powinien ustąpić najdalej w ciągu 6 tygodni na śluzówce i w ciągu 2—3 miesięcy na skórze. Zbyt duża dawka prowadzi do martwicy i szybkiego wzrostu guza. Wynik leczenia według powyższej metody w ciągu 15 lat u 457 chorych dał 114 wyleczeń (24,9%), trwających dłużej niż 3 lat. Początkowe okresy dają wynik lepszy, późniejsze — zły. Raki migdałka dają wynik różny w zależności od budowy, czy to są raki płaskie, raki rogowaciejące-radioodporne, czy też wrażliwe na promienie radu tzw. limfoepiteliomaty. W pierwszej grupie w okresie czasu od 1923 do 1930 r. na 26 raków było 9 wyleczeń czyli przeszło $1/3$ przypadków. Według sprawozdawcy radioterapia wymaga pewnych warunków

pomyślnego wyniku, przede wszystkim, obfitego materiału leczniczego, dodającego doświadczenie.

Drugim sprawozdawcą był *Hautant* z Paryża, który mówił o „Rentgenoterapii raka wewnątrzkrtaniowego“. Hautant opiera się na materiale 300 przypadków, z których 200 sam operował, a 120 było leczonych przez *Coutarda* a naświetlaniami w zakładzie im. Curie. Z 122 przypadków wyleczono 31 (25%), wyleczenie trwa od 5 do 15 lat. Minimalna dawka według Coutarda powinna wynosić przynajmniej 7000 r. podanych w ciągu 30 do 40 dni, czyli od 200 do 250 r. na dawkę. Należy unikać radionekrozy. Nie wielka względnie odsetka wyleczeń wskazuje na konieczność ścisłych wskazań. Tu zaś należy opierać się na wielkości guza, jego umiejscowieniu i budowie histologicznej. Najczęściej umiejscowienie spotykamy w przedsionku, w kieszonkach Morgagniego, na strunach prawdziwych i w okolicy podgłośniowej. Laryngoskopia wykazuje ruchomość guza lub zupełne unieruchomienie całej połowy krtani. W pierwszym przypadku promienie X niszczą guz, w drugim jest to trudniejsze i zabieg operacyjny jest tu bardziej wskazany. Badanie radiograficzne wykrywa rozległość zmian rakowych, a badanie histologiczne wykazuje na radiowrażliwość. Nowotwory epidermoidalne są mało podatne na promienie X, natomiast inne odmiany mocno reagują na naświetlanie. Raki przedsionka i strun fałszywych, zwykle obustronne, nadają się tylko do wycięcia i to całkowitego wraz z krtanią. Tylko postać wegetacyjna z komórkami mało zróżniczkowanemi nadaje się do rentgenoterapii.

Raki kieszonek Morgagniego nie nadają się do rentgenoterapii jako radioodporne, a do laryngektomii. W rakach strun głosowych dobre wyniki daje zarówno radioterapia, jak i zabieg krwawy, ten ostatni daje wynik czystszy i pozwala w razie nawrotu przejść do naświetlań. Raki podgłośniowe małe z niewielkim rozwojem zrogowacenia nadają się do naświetlań, raki duże wymagają hemilaryngektomii albo laryngektomii zupełnej w zależności od tego, czy są ograniczone do jednej, czy też zajmują obie połowy krtani.

Trzecim z kolei był referat *Mainsin'a* i *Estas'a* z Lowanium pt. „Leczenie raków języka i gardła środkowego i dolnego“. Sprawozdawcy wychodzą z założenia, że na raki należy zapatrywać się jako na produkty swoistego zatrucia przez substancje rakorodne zewnętrzne i wewnętrzne. Dla tego nie dość jest mieć na względzie sam guz, ale również możliwość jego prze-

rzutów, bliższych lub dalszych, które należy zwalczyć. Dla tego w rakach wyżej podanych okolic należy mieć na uwadze nie tylko miejscowe naświetlania radem lub rentgenem, ale i leczenie ogólne, którego celem byłoby spowodowanie rozpadu substancji rakorodnej. Ażeby ocenić wyniki leczenia należy ustalić krzywą długości życia po leczeniu. W leczeniu miejscowym raka języka najpożyteczniejsze są radiumpunktury igłami, zawierającemi 1 mmgr. radu, wkłuwanymi w odległości 1 ctm jedna od drugiej. Przerzuty leczy się naświetlaniami radem lub rentgenem. Ten ostatni stosuje się w dawkach małych z aparatów 200 i 400 KW, rad zaś mocnym aparatem do telecurieterapii. Pierwotnie sprawozdawcy posiłkowali się aparatem, zawierającym 1,4 grm radu, obecnie rozporządzają 7 grm radu. Zdaje się, że naświetlanie tak wielkimi dawkami okaże się pożyteczniejszym niż dotychczasowe. Przerzuty szyjne gruczołowe należy naświetlać albo wyłuszczać i naświetlać, przy tym naświetlanie powinno poprzedzać wyłuszczenie. Leczenie ogólne polega na podawaniu wewnętrznym lub zastrzykiwaniu środków, osłabiających wzrost substancji rakorodnych. Do takich należy substancja mózgowa, podczas gdy tkanka wątrobowa sprzyja wzrostowi substancji rakorodnej. Sole baru (barium saccharatum) i nadkwasy organiczne, zdaje się, działają najenergiczniej. Nawiasem dodam, że u nas prof. *Pelczar* w Wilnie od paru lat stosuje zastrzykiwania własnego preparatu kefaliny jednocześnie z rentgenoterapią.

Czwarty z kolei referat wygłosili włoscy sprawozdawcy *Palumbo* i *Torrigiani* z Florencji, opierając na wynikach własnego doświadczenia oraz materiale klinik i zakładów włoskich radioterapeutycznych. Podstawą leczenia energią promienistą jest należyte dawkowanie, powinno ono być wyższe, niż to się dzieje dotychczas, pozwala zaś na to obecnie wprowadzona metoda długotrwałego drobnego dawkowania. Podobnie i zabiegi chirurgiczne muszą być jak najrozleglejsze. W radioterapii musi istnieć współpraca zakładu rentgeno-radowego z kliniką. W zakładzie zaś musi współpracować z radioterapeutą patologoanatom i fizyk. Tylko taka współpraca pozwala należycie wyzyskać energię promieni X i radu i śledzić za zmianami w nowotworze. W zagadnieniu radioterapii i chirurgii leży rozwiązanie sprawy stosunku do trzech czynników: guza, węzłów chłonnych i nawrotów. Ażeby należycie wpłynąć na zniszczenie tych trzech czynników należy dawać dawki jak najwydatniejsze. Jest to również najlepszy środek za-

pobiegawczy. Powtórne naświetlanie daje bardzo skromne wyniki. Bardzo mocnego naświetlania wymagają węzły chłonne, będące na ogół radioodpornymi. Dziedzina nosa wymaga współpracy chirurgii z radioterapią. W razie zajęcia zatok bocznych zaleca się metodę Torrigianiego, polegającą na stworzeniu do zatoki szczękowej szerokiego dostępu przez podniebienie. Daje to możność śledzenia za nawrotami. W razie zajęcia zatok sitowych konieczne jest wyłuszczenie nawet zdrowego oka.

Hypopharynx stanowi dziedzinę niewdzięczną i na ogół mało dostępną dla promieni: daje częste nawroty i złe wyniki lecznicze. Znacznie lepsze wyniki dają guzy gardła górnego bo tu i dostęp jest łatwiejszy. Najlepsze wyniki leczenia raków i mięsaków daje mesopharynx. Tu z pożytkiem można zarówno operować jak i naświetlać. Sprawozdawcy stosują tu prawie wyłącznie telecurieterapię.

W leczeniu raka krtani rozróżniać należy raki zewnętrzne, należące właściwie do gardła dolnego, i raki wewnętrzne. Te ostatnie należy dzielić na raki strun prawdziwych, raki nadstrunowe i podstrunowe. Pierwsze, jeżeli są ruchome, powinny być naświetlane promieniami X. Wszelka operacja jest zbędna, następczej radionekrozy nie należy się obawiać. Słaby wynik naświetlania może skłonić do następczej laryngofissury. W przypadku raka podstrunowego konieczna jest taka najszybsza hemilaryngectomia według Glucka, a potem naświetlanie. To ostatnie należy stosować po każdej operacji rozszczepienia, a nawet wycięcia krtani.

Piąty referat wygłosili rentgenolodzy *Schinz i Zuppinger* i dyrektor kliniki prof. *Nager* z Zurychu. Tytuł jego brzmiał: „Doświadczenie Zurychskie w dziedzinie raków dolnego gardła i krtani". Sprawozdawcy opierają się na bogatym i doskonale opracowanym materiale statystycznym, dotyczącym 366 przypadków, z których 143 przypada na lata pomiędzy 1919 i 1928 rokiem, kiedy naświetlanie odbywało się według dawnych metod (dawki duże i rzadkie), wyniki zaś otrzymane były niezbyt zadawalające. Okres drugi przypada na lata od 1929 do 1935, kiedy poczęto stosować dawki małe i częste. W tym czasie leczono 226 przypadków z wynikami znacznie lepszymi. Kiedy w pierwszym okresie po trzech latach było 0 wyzdrowień, w okresie drugim globalna liczba wyzdrowień wynosiła po trzech latach 13,4%, względna zaś 19%, a po 5-u latach odnośne cyfry wynosiły 9% względnie 15%. Należy pamiętać, że wszystkie przypadki były

w daleko posuniętym okresie choroby. Również zaawansowane były przypadki raka krtani. Na 43 przypadki tylko 5 znajdowało się w pierwszym okresie, reszta była w okresach daleko posuniętych. Z tych wolnych od objawów po leczeniu było 8, wolnych od objawów ale z przerzutami było 4. Leczenie chirurgiczne dało na 12 operacyj 8 wyzdrowień dłużej niż 3 lata i 6 dłużej niż 5 lat. Dobre wyniki chirurgiczne przypisać należy głównie lepszemu materjałowi z okresów wcześniejszych. Naświetlania krtani promieniami X dają doskonałe wyniki, nie ustępujące chirurgicznym, jeżeli chrząstki krtaniowe są zupełnie zdrowe.

Szóstym referentem był *van Hoed* z Amsterdamu i mówił o „Roli radjoterapji w dziedzinie nowotworów nosa, gardła i ucha". Leczenie w przypadkach referenta było kombinowane. Tak np. w leczeniu nosa i zatok bocznych stosowano metodę elektrokoagulacji *Berven-Holmgrena,* a po usunięciu części zniszczonych zakładano do jamy wzdłuż ścian bocznych szereg aplikatorów zawierających od 30—90 mlgr radu w złotych filtrach. Dawka waha się od 1 200 do 5 000 mg godzin. Śmiertelność operacyjna bardzo nieznaczna: na 47 chorych zmarło 2 osoby w kilka tygodni po operacji wskutek meningitis pur. ponieważ guz przenikał do wnętrza czaszki i zniszczył twardą oponę. Leczenie guzów gardła i krtani odbywa się metodą Coutarda, dającej znacznie lepsze wyniki niż dawne metody, jednakże według sprawozdawców nie ma różnicy w działaniu promieni twardych i miękkich i nie ma również znaczenia stosunek filtra do współczynnika głębokości. Referent nie sądzi, ażeby zagadnienie czasu dla codziennych dawek odgrywało większą rolę. W klinice stosuje się zawsze dwa pola duże 12×12 lub 15×15 cm stosownie do wielkości guza i okolicy. Napięcie 180 KV, filtr 0,5 mm CU plus ImmAL. Dawka minutowa 10 do 20 r: Całkowita dawka na pole 2 500 do 4 000 r. w zależności od wielkości guza i jego umiejscowienia. Wyniki leczenia guzów gardła i migdałków są znacznie gorsze. Mięsaki dają lepsze wyniki niż raki. W leczeniu raków wewnątrzkrtaniowych szeroko stosowano laryngofissurę z bardzo dobrymi wynikami, naświetlanie zaś stosowano w przypadkach dużych raków nienadających się do laryngofissury, chorych z recydywą, wreszcie chorych, nienadających się do operacji. Nawet w ostatniej grupie metoda Coutarda daje nieraz wyniki niezłe. Wogóle na 755 przypadków wyleczono 184, czyli 24%. Najlepsze wyniki, bo dochodzące do 40% dały guzy nosa krtani i małżowiny usznej

(od 60% do 40%), najgorsze guzy gardła bo zaledwie 13% bez nawrotów powyżej lat czterech.

Siódmy referent *Vogel* z Berlina mówił o wynikach leczenia raka krtani w klinice Berlińskiej, gdzie od 7 lat stosuje się w przypadkach ograniczonego raka struny w I okresie naświetlanie radem przez okienko wycięte w chrząstce tarczykowatej naprzeciwko nowotworu. Wkłada się tam aplikator zawierający 6,8 mlgm radu i umacnia się na chrząstce dwoma szwami na 8 dob. co odpowiada 1300 mggodzinom poczym rad się wyjmuje, a rana goi się najczęściej przez rychłozrost. Reakcja w krtani przechodzi w ciągu 2 do 3 tygodni, a struna wraca do stanu zupełnie normalnego. W ostatnich latach wszystkie przypadki kończyły się znikaniem wszystkich objawów, co daje sprawozdawcy prawo uważać tę metodę za najlepszą z dotychczasowych. W przypadkach drugiego i dalszych okresów wyniki nie gorsze od operacyjnych daje rentgenoterapja metodą Coutarda, nieco zmieniona przez Adama. Cała trudność polega w doborze przypadków i w jak najszybszym rozpoznaniu raka, tu zaś najwięcej może zrobić lekarz praktyk, do którego naprzód zgłasza się chory. Dla tego wielkie znaczenie mogą mieć kursy uzupełniające obowiązkowe dla lekarzy-praktyków, które obecnie zostały wprowadzone w Rzeszy Niemieckiej.

Ostatni referent *Adam* z Berlina mówił o „Technice i metodyce radjoterapji raka krtani". Sprawozdawca potwierdza doskonały wynik okienkowatego leczenia radem raka krtani, zaznaczając, że przypadki nawrotu zdarzają się niekiedy u osób chorych na przymiot, które niedługo przed naświetlaniem leczone były salwarsanem. Co tu stanowi przyczynę nawrotu, przymiot czy salwarsan, referent nie umie odpowiedzieć. W leczeniu radem główny wpływ wywiera ciągłość działania radu. W rentgenoterapji zaś najważniejszą gra rolę dobór promieni. Rodzaj promieni nie gra tu większej roli dla tkanki guza, ale za to dla tkanki zdrowej. Filtr nie powinien być słabszym niż 1,2 mm Cu. Wpływ czasu działania jest zdaje się bardzo ważny w sprawie rytmicznego naświetlania, zależnego od poszczególnej dawki, natężenia dawki i długości trwania całego leczenia w związku z przerwami pomiędzy poszczególnymi seansami. Poszczególna dawka zależy od wielkości guza. Im guz jest mniejszy, tym dawka musi być większa, a ogólny czas trwania krótszy. Budowa histologiczna posiada zdaje się mniejsze znaczenie niż to się przypuszcza. Jako przeszkodę w naświetlaniu stanowią uporczywe zapalenia krtani,

zwłaszcza ochrzęstnej. Nawroty zdarzają się często przy tracheotomjach w otworach tracheotomijnych, z tego powodu należy w miarę możności unikać tracheotomii. Złe wyniki rentgenoterapii raków zewnętrznych krtani zależą od trudności dokładnego rozpoznania i określenia miejsca guza, trudności naświetlania i szybkiego wzrostu guza drogą nacieczenia. Referat ten zakończył cykl wykładów programowych dotyczących pierwszego tematu głównego, który, jak widzimy, został wszechstronnie oświetlony.

Referaty te zajęły cały czas aż do godziny 14-tej przeznaczony na posiedzenia. O 5-tej po południu program zapowiadał Walne Zgromadzenie Niemieckiego Towarzystwa Otolaryngologicznego. Ponieważ nie było przy tym żadnych zastrzeżeń, uważałem przeto, że nie naruszę przyjętych zwyczajów, jeżeli zjawię się na posiedzeniu w charakterze gościa. Członków Towarzystwa poza zarządem znalazłem niewielu. Pod tym względem przypomniało ono nasze plenarne posiedzenia administracyjne. Odbyły się wybory nowego zarządu, omówiono sprawy opłat członkowskich, które wobec ciężkich warunków chwili obecnej zostały zmniejszone o połowę. Prezes Towarzystwa, a zarazem Komitetu Zjazdu poruszył sprawę ogromnej liczby referatów na zjazd oraz ogromnych kosztów, jakie pociągnie ich druk i postawił wniosek, ażeby wszystkie referaty członków Towarzystwa oprócz programowych zostały zdjęte z porządku dziennego, a same referaty zostały wydrukowane nie w Pamiętniku Zjazdu, którego druk i tak wyniesie wiele tysięcy marek, ale w innych specjalnych wydawnictwach perjodycznych, które je zresztą chętnie ogłoszą. Propozycja Prezesa została przyjęta jednogłośnie. W ten sposób skreślono 54 referaty, a pozostało oprócz programowych tylko 70.

Tegoż dnia wieczorem odbyło się uroczyste przyjęcie w ratuszu. Cały gmach był wspaniale udekorowany, na placu przed ratuszem pozostały jeszcze z czasu olimpjady ogromne przeszło 15-metrowe drzewca z ogromnemi flagami wszystkich państw, które wzięły udział w olimpjadzie. Pięknie przystrojone i rzęsiście oświetlone sale napełniły setki pań i panów, spacerujących i siedzących za ogromnymi stołami. Gości witał burmistrz miasta p. v. Maretzky, któremu kolejno przedstawiał przybywających prof. v. Eicken.

Podano w obfitości piwo, lemoniadę, jabłecznik, kanapki, cygara. Gwar rozmów nagle przycichł, rozległo się bowiem we wszystkich salach powitalne przemówienie burmistrza, który, dzięku-

jąc za zaszczyt jaki spotyka Berlin i życząc powodzenia w pracach Zjazdu, podkreślił, że goście napewno znajdą czas na zebranie wrażeń z Berlina i Niemiec, przyczem niewątpliwie stwierdzą, że Niemcy nie szczędziły wysiłków na godne urządzenie Gier Olimpijskich i gościnnie podejmowały wszystkie narody; stwierdzą napewno również że Narodowo Socjalistyczna Germanja różni się od tego, co o niej pisze prasa obozu przeciwnego. Naród przeżył wielką rewolucję, ale o ileż ta rewolucja jest humanitarniejsza i mniej krwawa niż rewolucja, przeżywana w innych krajach. Prasa jest wielką potęgą i środkiem realizacji postępu ludzkości, ale niezawsze należycie informuje czytelnika. W jednym wypadku będzie wołała o wojnie religijnej, kiedy duchowny zostaje ukarany za obrazę prawa publicznego, w innym zaś milczy, kiedy kościoły są palone, kapłani zabijani, a groby bezczeszczone. Dla tego też opinja przodujących jednostek, które się tu zebrały, będzie miała wielkie znaczenie dla wzajemnego porozumienia i zrozumienia.

Na przemówienie Burmistrza odpowiedział po przerwie, w krótkich słowach przedstawiciel Francji Prof. Lemaître oraz Pani Birkett z Kanady.

We wtorek 18. VIII. posiedzenie rozpoczęło się o godzinie 8-ej rano i poświęcone było uczczeniu setnej rocznicy urodzin wielkiego niemieckiego otjatry Adama Politzera, twórcy wiedeńskiej szkoły otiatrji, która wykształciła wielu otolaryngologów Europy i Ameryki. Nad katedrą przewodniczącego zawisł ozdobiony liśćmi wawrzynu portret znakomitego otjatry. Mowę uroczystą wygłosił jeden z najwybitniejszych otolaryngologów współczesnych prof. Gunnar Holmgren ze Sztockholmu. Po nim krótko przemówił wiedeński otolaryngolog Marschik.

Po ukończeniu uroczystego posiedzenia, o godzinie dziewiątej przewodniczący zawiadomił obecnych o uchwale Niemieckiego T-wa Otolaryngologicznego w sprawie zdjęcia z porządku dziennego niemieckich referatów, poczem przystąpiono do wygłaszania referatów, znajdujących się w związku z tematem głównym.

Pierwszym przemawiał wybitny otolaryngolog angielski, stały uczestnik wszystkich międzynarodowych Kongresów otolarngologicznych *St Clair Thompson* z Londynu na temat „Podgłośniowych wewnętrznych raków krtaniowych“ mówił o wielkich trudnościach rozpoznawczych tych guzów, co sprawiło, że tak długo pozostawał nierozpoznanym rak podgłośniowy nie-

mieckiego cesarza Fryderyka. Rozpoznanie nowotworu nie daje się ustalić nieraz ani drogą pośredniej, ani bezpośredniej laryngoskopji. Jako wczesny objaw, który powinien zwrócić uwagę występuje często przelotna zmiana głosu lub niedowład struny głosowej. Leczenie może polegać tylko na połowicznym lub całkowitym wycięciu krtani w zależności od wielkości zmian spostrzeganych. U osób starszych, osłabionych lub nie chcących poddać się operacji najlepszym środkiem, zdaje się, jest rad zastosowany w sposób właściwy. Trzeba tylko pamiętać, że nie zawsze jest należycie oceniana rozległość zmian, które nieraz przenikają nawet do wnętrza chrząstki nalewkowatej.

Ciekawy wykład-referat ilustrował szeregiem bardzo pouczających obrazów. Gorącym zwolennikiem radu w postaci radiumpunctury okazał się również angielski otorynolog *Watson Williams* z Bristolu w leczeniu wczesnych nowotworów złośliwych zatok sitowych i zatoki szczękowej. Dla zatok sitowych używa 8 igieł po 2 mg radu długości 4 cm z filtrem platynowym 0,5 cm grubości, wykłuwanych z zewnątrz przez skórę wewnętrznego brzegu oczodołu równolegle do lamina cibrosa i przez wejście nosowe; dla zatoki Highmora używa 7 igieł po 1,33 mlg radu długości czynnej 2,7 cm. Igła wkłuwa się przez jamę po usunięciu kostnej ściany zarówno przedniej jak i wewnętrznej równolegle do ścian zatoki i pozostawia się na 10 dni. W ciągu 9 lat autor na 16 przypadków 10 razy otrzymał wyleczenie.

Chrysikos i *Lambadaridis* z Aten analizują statystykę 111 raków gardła i krtani, leczonych operacyjnie oraz promieniami X i gamma. Z tych przypadków 39 dało wynik pomyślny, gdyż wyleczenie kliniczne trwa dłużej niż trzy lata. Autorowie zwracają uwagę na odporność na naświetlania, która wyrabia się z czasem pod wpływem niewłaściwego dawkowania promieni, co w końcu prowadzi do uogólnienia się sprawy chorobowej.

Van den Wildenberg omawia trzy przypadki wtórnych guzów złośliwych, z których jeden powstał po długotrwałem naświetlaniu wola w chorobie Basedowa, w drugim wskutek naświetlania guza podgnykowego, wreszcie w trzecim przypadku rak rozlany krtani rozszerzył się na lewy płat gruczołu tarczowego. We wszystkich trzech przypadkach został dokonany olbrzymi zabieg operacyjny podczas którego w pierwszym przypadku sprawozdawca usunął całą krtań, cały gruczoł tarczowy i część tchawicy. W dwóch

przypadkach operacja dała wynik pomyślny. Sprawozdawca wogóle jest stronnikiem jak najrozleglejszych operacyj.

Szmurło omawia sprawę budowy anatomicznej i klinikę oblaków, guzów naogół rzadkich na podstawie własnych ośmiu przypadków, obserwowanych w ciągu ostatnich lat 10. Nie podziela obecnie panującego poglądu, chcącego widzieć we wszystkich oblakach budowę rakową, a sądzi, że pod tym mianem mogą występować zarówno mięsaki jak i śródbłoniaki. Charakterystyczną cechę guza stanowi zwyrodnienie śluzowe miąższu, a w niektórych razach tkanki łącznej i naczyń nowotworu i tworzenie się przestrzeni wypełnionych w mniejszym lub większym stopniu masami śluzakowatymi, rzadziej szklistymi charakteru koloidalnego.

Guzy te rosną powoli, zwykle są otorbione i dają się z łatwością wyłuszczać. Nawroty są rzadkie, wyjątkowo rzadko zdarzają się przerzuty. Najlepiej jest guz usunąć operacyjnie, a potem naświetlać promieniami X.

Citelli z Catanii mówił o swoich kilkuletnich doświadczeniach nad uczuleniem zarówno osobników zdrowych jak dotkniętych guzem złośliwym na wyciąg z tkanki nowotworów. Sprawozdawca studjujący sprawę wpływu świeżego wyciągu raka ludzkiego, zastrzykiwanego w postaci emulsji chorym na rak, otrzymał w 10% do 15% znaczną poprawę ogólną i miejscową, a nawet wyzdrowienie zwłaszcza w przypadkach mięsaków i śródbłoniaków, zauważył przy tym, że zastrzykując z rana na czczo chorym rakowym podskórnie ów wyciąg, wywołuje się wstrząs anafilaktyczny u 15 do 20% chorych. Później przekonał się o nadczułości na zastrzyknięcie wielu osobników zdrowych, pochodzących z rodzin rakowatych. 8 do 10 cm wyciągu daje odczulenie, co może mieć znaczenie zapobiegawcze. Byłby to zdaniem referenta najlepszy sposób walki z rakiem. Besredka przed rokiem w doświadczeniach na zwierzętach otrzymał wyniki bardzo zachęcające.

Citelli zamykał serję referentów, mówiących w związku z tematem głównym, który został wszechstronnie wyczerpany, wskutek czego nie wywołał dłuższej dyskusji. Na tematy ogólne mówił *Martineaud* z Bordeaux, zalecający w drobnych operacjach nosa i gardła znieczulenie wraz z uśpieniem zapomocą podtlenku azotu, który jest zupełnie bezpieczny, a posiada wielkie zalety, gdyż nie drażni dróg oddechowych, ani pokarmo-

wych, nie znosi odruchów gardłowych ani krtaniowych, nie wywiera wpływu na układ naczyniowy i daje szybki sen i szybkie przebudzenie.

Dobrzański ze Lwowa wygłosił referat o migdałkach i zmianach w nich spowodowanych różnemi cierpieniami, jak zapalenie nerek, mięśnia sercowego, stawów, ropotok uszny, z następczem ich wyłuszczeniem. Referat ten opracowany wspólnie z *Schusterówną*, był drukowany w Pol. Przegl. Otolaryngologicznym.

Tegoż dnia o godzinie 4 po południu odbyła się zbiorowa wycieczka uczestników Kongresu do Potsdamu zorganizowana przez Komitet. Trzydzieści przeszło ogromnych autokarów wyruszyło w podróż w piękne sierpniowe popołudnie wspaniałą autostradą, którą szeroki pas zieleni dzielił na dwie połowy dla samochodów biegnących w kierunkach przeciwnych. W każdym samochodzie specjalny przewodnik wskazywał na miejsca i widoki godne uwagi. Przejeżdżaliśmy w pobliżu olimpijskiego stadjonu i wioski olimpijskiej, później podziwialiśmy piękne jezioro Wannsee, zdala widzieliśmy piękny pałacyk letni Wilhelma I, który obecnie stał się wielką pracownią filmową. W Potsdamie wysiedliśmy obok pałacyku Fryderyka II Sans-Souci, skąd podzieleni na grupy pod kierunkiem przewodników zwiedzaliśmy pałacyk, park, mauzoleum rodziny Hohenzollernów, a potem pałac cesarski. Wieczorem już, głodni i zmęczeni spacerem i pragnieniem, gdyż upał tego dnia był bardzo dokuczliwy, wyruszyliśmy w drogę powrotną. W pobliżu Wannsee autokary zatrzymały się przed kawiarnią nadbrzeżną, gdzie prezydjum Zjazdu uraczyło nas filiżanką kawy z ciastkami, a potem kuflem piwa, którym gasiliśmy pragnienie. Nie obyło się również bez przemówienia krótkiego, które skierował do nas towarzyszący wycieczce przedstawiciel rządu. Ściemniło się już dobrze, niebo zasłały chmury, grożące deszczem. Odkryte autokary trzeba było zgóry zakrywać, bo deszcz zaczął kropić na dobre. Po półgodzinnej jeździe nastąpił nowy postój. Kazano nam wysiadać. Stanęliśmy przed tak zwaną restauracją Szwedzką, w której na własny koszt mieliśmy spożyć kolację. W restauracji, posiadającej wspaniały ogród, znaleźliśmy sobie przytulny i zasłonięty od wiatru i deszczu kącik. Spotkaliśmy tam towarzystwo amerykańskie. Jedna z pań, słysząc polską rozmowę, przemówiła do mnie niezłą polszczyzną, przedstawiła się jako pani Pohlman, żona profesora z Omahi, dawniej przełożona i organizatorka War-

szawskiej Szkoły Pielęgniarek. Z wielkim rozczuleniem wspominała Warszawę i dawnych znajomych i zaprosiła nas do wspólnego stołu, przy którym na miłej pogawędce, spożywając kolację, spędziliśmy ze dwie godziny. Wreszcie o godzinie 11 wyruszyliśmy w ciemną noc z powrotem do Berlina.

W środę, 19. VIII. o godzinie 8-mej rano rozpoczęło się posiedzenie Komitetu do Walki z Twardzielą i z Ozeną. Przewodniczący *Belinoff* z Sofji zreferował sprawę wydanego biuletynu, zwracając uwagę na wzory kart rejestracyjnych, proponowanych przez Chevalier Jacksona, Buraka i innych. *Vasiliu* z Bukaresztu stwierdził, że w sprawie walki z ozeną i badań nad ozeną nie zaszło nic godnego uwagi.

Amersbach z Pragi mówił o ozenie na podstawie dwudziestoletniego doświadczenia. Nie uznaje on swoistości zarazka ozeny i pesymistycznie zapatruje się na dotychczasowe wyniki leczenia, twierdząc, że ozena jest chorobą konstytucyjną, leczenie jej musi być oprócz miejscowego również ogólne. Leczenie operacyjne daje dobre wyniki tylko jako czynnik, wywołujący odczyn zapalny, który ożywia tkanki, zmniejsza wydzielinę i poprawia stan śluzówki nosa.

Był również zgłoszony referat *Zakrzewskiego* z Poznania o leczeniu ozeny bakterjofagiem laseczki Pereza z dobrymi wynikami w czterech przypadkach. Słabsze działanie wykazał bakterjofag diplokokowy Abel-Rosenberga.

O godzinie 9-tej rozpoczęły się referaty na drugi temat zasadniczy o metodach badania i poprawy słuchu za pomocą przyrządów elektro-akustycznych, temat bardzo życiowy i bardzo ważny ze względu na wielką liczbę chorych, dotkniętych upośledzeniem słuchu, których w samych Stanach Zjednoczonych A. P. według Knudsona i Jonesa jest przeszło trzy miljony.

Głównym referentem był *B. Langenbeck* z Lipska, który w bardzo wyczerpującym i szczegółowym referacie p. t. „Przyrządy do badania słuchu i jego poprawy“ rozpatrzył wszystkie wady i zalety istniejących przyrządów znanych pod nazwą audiometrów i audionów. Referent bynajmniej nie uważa, że czynią one niepotrzebnym stosowanie wszelkich innych dotychczasowych przyrządów jak stroiki, w postaci nieprzerwanego szeregu tonów Bezold-Edelmana monochord Struyckena i t. p. Elektryczny audiometr nie wyklucza ich, ale je uzupełnia, oszczędzając le-

karzowi wiele drogiego czasu, pozwala bowiem szybko ustalić krzywą słuchową dla każdego przypadku. Co prawda, audiometr nie pozwala ustalić danych słuchowych dla tonów bardzo wysokich i bardzo niskich. Przyrządy te są dość kosztowne i złożone, z tego względu nie dla każdego specjalisty są dostępne, ale każda klinika powinna być w taki przyrząd zaopatrzona, a nauczenie się jego używania nie przedstawia większych trudności. O ile badanie słuchu jakościowe można uskutecznić zapomocą dawnych metod, o tyle dokładne badanie ilościowe daje się uskutecznić tylko zapomocą audiometru. Badanie w przypadkach sądowych, rozwikłanie dokładne podejrzeń dotyczących agrawacji, symulacji daje się bez porównania łatwiej rozwiązać zapomocą audiometru, aniżeli zapomocą dawnych metod. Toż samo w przypadkach znacznego niedosłuchu, jednostronnej głuchoty i t. p., kiedy badanie jakościowe stroikami daje tylko wyniki niejasne.

Wprowadzenia do audiometru słuchawek kostnego przewodnictwa pozwala stwierdzić nie tylko stan przewodnictwa powietrznego ale i kostnego i to z daleko większą dokładnością, aniżeli za pomocą stroików i dla wyższych tonów, czego ze stroikami dokonać nie można. Sprawozdawca omawia następnie, właściwości dobrego audiometru, technikę ustalenia krzywej zdolności słuchowej każdego ucha, rozmaite stopnie natężenia. Wreszcie przechodzi do rozważania zastosowań audiometru w rozpoznaniu guzów mózgu, początków zwyrodnienia nerwu ślimakowego, jednostronnego niedosłuchu i głuchoty, agrawacji i symulacji, ustalenia stopnia głuchoniemoty, wreszcie przechodzi do przyrządów słuchowych elektrycznych.

W sprawie stosowania przyrządów, wzmacniających słuch, sprawozdawca ustala przedewszystkiem, że nieraz najprostszymi przyrządami można słuch poprawić i że wybór przyrządu wzmacniającego powinien być dokonywany przez lekarzy. Przyrządy elektroakustyczne poprawiają słuch tylko ze znacznym niedosłuchem, mniejsze stopnie niedosłyszenia poprawiane są tylko nieznacznie. Zależy to od tego, że dźwięki o różnej wysokości słyszane są rozmaicie: kiedy *a* słyszana jest bardzo wyraźnie, wtedy *e* brzmi słabo, a i wcale nie jest słyszane. Dla tego stale spotykają się luki słuchowe, które zmuszają do wielkiego natężenia uwagi. Telemikrofon węglowy wydaje dużo szmerów pobocznych, które zagłuszają dźwięki głosowe i dają echo w wyrazach nastrojonych na mikrofon, który również tłumi nowe wyrazy. Wszystko to spra-

wia, że taki wzmacniacz słuchowy w przypadkach głuchoty nerwowej może nietylko nie dać poprawy, ale nawet przynieść nieobliczalne wprost szkody, dla tego w podobnych cierpieniach unikamy jego stosowania, a używamy go z korzyścią w przypadkach znacznego upośledzenia słuchu wskutek zaburzeń w przewodnictwie dźwiękowym, zwłaszcza w otosklerozie.

Trzeba również pamiętać, że mikrotelefony węglowe są nastrojone zwykle na niższe tony, nie wyżej niż C^3, podczas gdy osłabienie zdolności słuchowej najczęściej sięga oktawy 4 razy kreślonej.

Lekarz powinien stale dodawać otuchy choremu co do jego słuchu i poprawiającego słuch aparatu; to się odbija bardzo dodatnio na psychice chorego, podnosi jego samopoczucie i w istocie wpływa na polepszenie daru kombinacji. Należy również przyuczać chorego do odczytywania z ust, co mu bardzo ułatwia porozumiewanie się z otoczeniem. W ostatnich czasach poczęto używać przyrządów mikrofonowych umieszczanych na wyrostku sutkowym w celu wzmocnienia przewodnictwa kostnego słuchowego. Przyrządy te nadają się u chorych z bardzo mocno zaznaczonym objawem Rinnego, w przypadkach otosklerozy; są one zwykle wyżej nastrojone niż przyrządy do przewodnictwa powietrza.

Jednem słowem wyniki stosowania wzmacniających słuch telefomikrofonów pozwalają na poprawę znacznego niedosłyszenia, w lżejszych przypadkach bardzo pożyteczną może być trąbka słuchowa, zwłaszcza trąbka Siebenmanna. Wybierać przyrządy należy nie w cichym gabinecie, lecz w bardziej hałaśliwym otoczeniu, aby wiedzieć, jaką korzyść może chory odnieść z wybranego przez siebie przyrządu.

Rozwój techniki dostarczył przyrządów znacznie przewyższających dawne telemikrofony węglowe. Masa jednak pobocznych oddźwięków zniekształcających mowę nieznacznie poprawiła stan dawny. Poprawa nastąpiła z chwilą wprowadzenia mikrofonu, przyjmującego dźwięki o wyższych własnościach przenoszenia jak to w przenoszeniu okrągłoiskrowym. Za pomocą tych przyrządów można dopiero otrzymać równe we wszystkich tonach, wolne od rezonansu wzmocnienie głosu, nadające się nietylko w niedosłyszeniu przewodnictwa, ale i niedosłyszeniu percepcji głosu wskutek schorzenia błędnika. Niestety przyrządy te są dotychczas zbyt duże i zbyt kosztowne, możnaby je jeszcze ulepszyć przez zamianę słuchawek magnetycznych na bezodgłosowe słuchawki elektrosta-

tyczne lub elektrodynamiczne, a zamiast mikrofonów z pyłem węglowym stosować mikrofony-kondensatory. W tych warunkach dźwięki te nie ulegają zniekształceniu. W każdym razie kwestja protez słuchowych jest czysto techniczna. Ze strony lekarskiej wysuwa się żądania: 1. aby wzmocnienie głosu dotyczyło możliwie znacznego zasięgu tonów bez ich zniekształcenia, 2. aby było jak najmniej pobocznych szmerów, 3. ażeby w słuchawkach dla chorych na błędnik głębsze tony były w należytej mierze tłumione.

Po tym referacie usłyszeliśmy ściśle fizyczny referat *E. Meyera* o Własnościach fizycznych elektrycznych mierników ostrości głosu i wzmacniaczy głosu. Według referenta w ciągu ostatniego dziesięciolecia nastąpił nadzwyczajny rozwój akustyki, a specjalnie elektroakustyki. Zwłaszcza wysunęły się na pierwszy plan zdobycze w dziedzinie miernictwa akustycznego, które doszło do nadzwyczajnego stopnia rozwoju. Pozwoliło to na wykorzystanie tych zdobyczy w kierunku pomiarów słuchu i określenie jego progu zdolności słuchowej różnych dźwięków o różnych natężeniach zarówno u zdrowych jak i u chorych. Dla mierzenia natężenia dźwięków wprowadzono wielkość pola dźwiękowego i jednostki: energję ciśnienia dźwiękowego i natężenia dźwiękowego. Jako jednostkę ciśnienia przyjęto mikrobar, jednostkę stosunków ciśnienia dźwięków-decibel, jednostkę siły dźwięków-fon. Pozwala to dokładnie oznaczyć najmniejsze natężenie dźwięku od progu do bolesnego odczuwania; wynosi to 120 decibelów. Zapisywanie pomiarów zapomocą otoaudionów jest proste i łatwe. Można mierzyć dźwięki, przenoszone przez powietrze i przez kości. Dotychczas nie można było wypowiedzieć sądu o amplifikatorach elektroakustycznych, o ich własnościach fizycznych oraz, w jaki sposób są wzmacniane różne wysokości dźwięku. Dla pojmowania wyrazu np. potrzeba aby znaczne częstości były w szczególny sposób odbijane, ponieważ zawierają większość cech wyróżniających dla samogłosek i spółgłosek. Ustalając krzywe częstości dla mikrofonów, wzmacniaczy i telefonów, słuchawek powietrznych i kostnych, można otrzymać sąd objektywny o przyrządach wzmacniających. Stąd wynika, że chociaż na wzmacniaczach korzystnie odbił się rozwój elektroakustyki, pod względem jakości wymagają one jeszcze znacznych ulepszeń.

Ostatni referenci *Knudson* i *Jones* z Los Angeles mówili o „Instrumentach elektroakustycznych w zastosowaniu do sprawy osłabionego słuchu". Wynalazek

termoinowych pustych rurek oznaczał nową erę w akustyce i dał telefony na dalekie przestrzenie, radio i obrazy dźwiękowe, zaś jako produkt poboczny i stworzył audiometrję. Dało to możność mierzenia i rejestrowania słuchu, rozpoznawania wszelkiego rodzaju niedosłyszenia, wykrywania ich początków i stosowania najlepszych środków leczniczych. Jednakże nasze przyrządy, wzmacniające słuch, nie mają tej dokładności i znaczenia, co okulary w okulistyce wskutek daleko mniejszej znajomości akustyki i jej zastosowania do leczenia głuchoty. Słuch zależy od prawidłowego przewodnictwa wrażeń dźwiękowych drogą powietrzną i kostną, ich przyjmowania przez zakończenia nerwowe w ślimaku i przenoszenia przez nerw słuchowy do ośrodka. Należy zatem ustalić: 1. jak pacjent słyszy wzmocnioną mowę zwykłą i wzmocniony szept, i w jaki sposób można pokryć braki słuchowe. 2. Ustalić stopień natężenia każdego tonu od progu słyszalności do odczuwania bolesnego, 3. próbne tony powinny być czyste, bez tonów harmonijnych, 4. ostrość słuchu należy określać dla przewodnictwa powietrznego i kostnego w pokoju wolnym od szmerów z użyciem zagłuszacza, kiedy chodzi o przewodnictwo kostne i jeżeli ostrość słuchu ucha badanego jest mniejsza niż zdrowego. Szczególnie ważne jest badanie przewodnictwa kostnego powyżej 2 000 drgań, gdyż wykrywa braki w aparacie przyjmującym dźwięki i ponieważ jest wówczas niezależne od ucha środkowego i zewnętrznego. Badanie przewodnictwa powietrznego za pomocą przyrządu dającego przeszło 2 000 drgań, wykrywa brak złożony, badanie zaś pzewodnictwa kostnego — brak percepcji. Na tych zasadach referenci zbudowali przed 12 laty aparat, składający się z części wzmacniającej mowę zwykłą i szept i z części drgającej, wzmacniającej dźwięki, były więc tam, amplifikatory dla niskich i wysokich tonów, specjalny typ słuchawki telefonicznej dla badania przewodnictwa kostnego powyżej 4 000 drgań i przyrząd głuszący. Na prośbę innych badaczy zrobiono jeszcze 25 takich przyrządów. Ich uwagi krytyczne i własne doświadczenie pozwoliły zbudować nowy doskonalszy przyrząd, działający pod wpływem prądu stałego i zmiennego, wolny od szmerów pobocznych ze stałym woltażem. Drgania powietrza dają czyste tony od c do c^6. Specjalny receptor elektrodynamiczny zapewnia jednostajność natężenia tonów w przewodnictwie powietrznym, inny zaś w przewodnictwie kostnym. Wzmacniacz jednocześnie stanowi pomoc słuchową i może być wypróbowany zarówno dla przewodnictwa

powietrznego jak i kostnego. Obecny typ pomocy słuchowej składa się z mikrofonu węglowego z amplifikatorem elektromechanicznym i z telefonu. Dawne przyrządy słabo poprawiają słuch, najnowsze znacznie lepiej, poprawa może być jednostajna dla wszystkich tonów albo selekcyjna dla słabych tonów. Dotychczas niewiadomo, który typ jest lepszy, tymbardziej, że ma się tu do czynienia nie tylko ze zjawiskiem fizycznym i fizjologicznym, ale i psychologicznym. W chwili obecnej nawet przy połowie funkcji aparatu odbiorczego można już okazać choremu istotną pomoc.

Po tych wykładach Przewodniczący prosił prof. *Holmgrena* o zademonstrowanie chorych, przywiezionych ze Szwecji, którym w celu poprawy słuchu wykonał operację na kanałach półkolistych z powodu wysokiego stopnia otosklerozy. Chorzy przed operacją nie słyszeli szeptu, a mowę zwykłą z odległości 0,5 mtr., przewodnictwo powietrzne dla C_{128} znacznie skrócone, powietrzne znacznie przedłużone. Po operacji szept stał się słyszalny, mowa potoczna słyszalna jest z odległości 4 do 10 metrów i więcej. Chorzy powrócili do zajęć, których wskutek choroby wykonywać nie mogli. Holmgren wykonał dotychczas takich operacji przeszło 30. Okres czasu pomiędzy operacją a demonstracją chorych wynosił mniej więcej 10 miesięcy.

W związku z tematem głównym *Pohlman* z Omahy, demonstrując protezę ucha środkowego mówił na temat jego fizjologji: skłania się do poglądu Webstera, utrzymującego, że aparat ucha środkowego służy jako transformator i kompensator przeszkody. Stosując swoją protezę według systemu przewodnictwa dźwięków ptaka zamiast tamponika z waty, wykazuje, że ogólnie przyjęte objaśnienie przewodnictwa podwójnego nie jest słuszne i że nie istnieje działanie dźwigni kosteczkowej, odpowiadającej drganiom dźwięków. Nie potwierdza się również teorja Franka o efekcie okresu wolnego w łańcuchu kosteczek i o zjawisku cienia dźwięków w okienku owalnym. W razie braku pzewodnictwa z zupełną głuchotą można myśleć o leczeniu bardziej konstrukcyjnym.

Struycken z Bredy w referacie p. t. „O znaczeniu minimum audibile za pomocą stroików i pałeczek dźwiękowych“, staje w obronie tego sposobu badania, stwierdzając, że wyniki jakie dają te metody w wielu razach są bardziej pouczające i pewniejsze niż otrzymane za pomocą otoaudionu, który zawodzi w niższych skalach i powyżej 8 000 drgań.

Z tematów ogólnych prof. *Sourdille* z Nantes mówił o chirurgicznym leczeniu otospongiozy. Referat jego był nawiązaniem do demonstracji Holmgrena i jej uzupełnieniem. Sourdille wypracował i wypróbował własną metodę w 100 przypadkach otosklerozy, wykonawszy pomyślnie 325 operacyj. Temat ten i metoda operacyjna były omawiane na Kongresie w Madrycie i na przeszłorocznym Zjeździe otologów francuskich w Paryżu. Referat Sourdille'a wzbudził również wielkie zainteresowanie. Należałoby naszym otolaryngologom również zwrócić uwagę na ten ważny odcinek otochirurgji i zapoznawszy się z metodą Holmgrena i Sourdille'a zacząć pracować w dziedzinie chirurgicznego leczenia z tego dotychczas beznadziejnego w sensie leczniczym cierpienia.

Również duże zainteresowanie wzbudził referat *Aubrye'ego* i *Ombredanne'a* o leczeniu usznych zawrotów głowy przez przecięcie wewnątrzczaszkowe nerwu słuchowego. Wynik leczenia 28 przypadków. W ciężkich przypadkach zawrotów głowy w ciężkiej postaci choroby Menière'a lub innych, nie dających się usunąć inną drogą, referenci otwierają czaszkę w części potylicznej odchylają móżdżek w okolicy mostowomóżdżkowej, przecinają cały nerw słuchowy jeżeli chory jest głuchy, albo nerw przedsionkowy jeżeli słuch jest zachowany. Wyniki autorów, którzy pierwsi we Francji wykonali to przecięcie, zostały uwieńczone powodzeniem. W 14 przypadkach neurytów — zupełne wyleczenie. Z 14 przypadków nietypowych — w 11 wynik pomyślny, w dwóch śmierć, w jednym bez wyniku. W 11 przecięcie częściowych wyniki pomyślne we wszystkich, słuch zachowany w 10 przypadkach. Operacja jest prosta i daje się szybko wykonać, pozwala zbadać jamę móżdżkową, leczy radykalnie zawroty i oszczędza słuch.

We czwartek z rana odbyło się posiedzenie Komitetu Stałego Zjazdów Międzynarodowych Otolaryngologicznych. Na Zjeździe wysunęły się dwa tematy: sprawa przedstawicielstwa i sprawa przyszłego Zjazdu i wreszcie sprawa Komisji do spraw walki z twardzielą i ozeną, sprawa badania raka i otosklerozy.

Co do pierwszego punktu rozlegały się głosy, że obecny sposób mianowania przedstawicieli nie odpowiada potrzebom. Większość przedstawicieli została wybrana na I Kongresie Międzynarodowym w Kopenhadze i ci dotychczas pozostają na stanowisku. Należałoby, ażeby przedstawicieli do Komitetu stałego wybierały

i zgłaszały krajowe Towarzystwa naukowe Otolaryngologiczne. Propozycja ta została przyjęta.

Co do wyboru miejsca przyszłego Zjazdu początkowo agitowano wśród członków Komitetu Stałego, ażeby Zjazd następny odbył się w Londynie. Jednakże przedstawiciele Anglji zgłoszenia nie uczynili i na robione aluzje co do Zjazdu w Londynie milczeli. Wtedy wysunięte zostało przez przedstawiciela Holandii prof. Burgera zgłoszenie, aby przyszły Zjazd odbył się w Amsterdamie, dokąd Burger zaprasza w imieniu Rządu Holenderskiego T-wa Otolaryngologicznego. Propozycja Burgera została przyjęta jednomyślnie, a on sam został wybrany na Prezesa przyszłego Zjazdu z prawem powołania do życia Komitetu Zjazdowego.

W sprawie Komisji do walki z twardzielą i ozeną i do badań nad otosklerozą i rakiem Komitet nie powziął żadnej decyzji. O godzinie 10 rozpoczęło się posiedzenie naukowe na tematy, nie związane z zasadniczymi. I tu znowu wysunęły się referaty, poruszające bardzo ważną sprawę zapaleń piramidy kostnej oraz wierzchołka wyrostka sutkowego t. zw. petrositis oraz apicitis niesłusznie przez Ramadiera nazwane apextis. Tutaj podstawowym był referat Ramadiera, który opracował ten sam temat na Zjazd Otolaryngologów francuskich w roku 1934. W referacie *Ramadier* zaznacza trudności rozpoznawcze tego cierpienia, mówiąc, że tylko objawy ogólne trwające długi czas po operacji jak bóle głowy, ropienie i niekiedy porażenie nerwu odwodzącego powinny zmusić do postawienia tego rozpoznania. Zdjęcia rentgenowskie nie rozstrzygają sprawy, ponieważ obraz anormalny powstały wskutek odwapnienia kości pod wpływem przekrwienia zapalnego dają również sprawy zapalne nieropne. Według umiejscowienia mogą być zmiany: 1. ograniczone i 2. rozlane na całą piramidę: osteitis perilabyrintica vel petrositis anterior i posterior, wreszcie wierzchołkowe sprawy okołobłędnikowe mogą być nadbłędnikowe przednie, podbłędnikowe przednie i nadbłędnikowe. Cechuje je uporczywe ropienie z ucha, kiedy rana za uchem dawno się już zgoiła. Sprawy zapalne skaliste tylne, mogą być pozabłędnikowe, nadbłędnikowe tylne i podbłędnikowe tylne. Cechują się uporczywem ropieniem za uchem, kiedy ropienie z jamy bębenkowej ustało już zupełnie. Postępowanie lekarza zależy od zmian i od wyników operacji. Niekiedy trzeba iść przez ranę operacyjną i za pokazującą się ziarniną przenikać wgłąb do ogniska ropnego. Gdy ta droga zawodzi, trzeba iść przez przednią ścianę przewodu aż do

ujścia trąbki; wreszcie jeżeli tędy nie możemy dotrzeć do ogniska, trzeba iść drogą przytętniczą (carotis int). Wreszcie niekiedy trzeba dojść do twardej opony około kości skalistej w poszukiwaniu ropnia zewnątrzoponowego.

Oprócz Ramadiera przemawiał jeszcze na temat t. zw. petrositis *Tato* z Buenos Ayres, który opierając się na dwóch przez siebie operowanych przypadkach, podkreśla ważność wczesnego rozpoznania przyczem dużą wagę przypisuje zdjęciom i obrazom radiologicznym. Należy oszczędzać ucho środkowe w celu zachowania słuchu, co udaje się przy ostrożnym operowaniu.

W dyskusji zabrał głos Streit z Królewca, który krytycznie zapatruje się na operację przytętniczą Ramadiera i zaleca swój sposób przedostania się do wierzchołka drogą wewnątrzczaszkową pod oponą twardą demonstrując własny przyrząd do podnoszenia opony.

Referat *Bratesco et Racoveanu* z Bukaresztu o leczeniu chirurgicznym zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego cechował wielki optymizm, oparty na bardzo dobrych wynikach operacyjnych. Zdaniem referentów jest tylko jedno zapalenie opon mózgowych usznego pochodzenia, a różne jego postaci — to są różne okresy tego samego cierpienia. Leczenie chirurgiczne ma przewagę nad farmaceutycznym, gdyż daje większe możliwości wyzdrowienia. Zabieg musi być bradzo radykalny i wykonany jak najszybciej, nie trzeba zapominać o sączkowaniu.

Również optymistycznym był referat *Vigo Schmidta* z Kopenhagi o leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego za pomocą wczesnego przecięcia błony bębenkowej, i następczego przemywania 33% wyskokiem ze szprycy 10-gramowej pod ciśnieniem. Zmniejszyło to znacznie referentowi odsetek trepanacji wyrostka sutkowego. Kiedy u chorych na szkarlatynę, nie leczonych wyskokiem, trzeba było trepanować wyrostek w 44,6%, u leczonych wyskokiem tylko w 5,8%. Autor ma wrażenie, że jeżeli ucho w 24 godziny po paracentezie zostało przemyte 10—20—30 gr 33% pod stałym ciśnieniem przez osobę doświadczoną, operacja potrzebna bywa rzadko, gdyż przemywaniem niszczy się lub osłabia zakażenie ucha środkowego, zanim zdoła przejść na przyległe komory powietrzne. Posiedzenie w dniu tym trwało tylko do południa. Godziny od 12 do 14 zostały przeznaczone na zdjęcia fotograficzne.

Wieczorem tego dnia uczestnicy Kongresu mieli możność podziwiać piękne zbiory i pamiątki historyczne Hohenzollernów

w pięknym pałacyku „Monbijou“ i wysłuchać wspaniałego koncertu historycznego w sali galerjowej z ogromnemi ścianami okiennemi wychodzącemi na ogród pałacowy. Wspaniały żyrandol jarzył się światłem nie elektrycznych świec, ale łojowych, będących na ową epokę znacznym postępem. Nie dawały one wiele światła, jakkolwiek przeszło setka ich gorzała, ale zato temperatura sali znacznie się od nich podniosła.

Najciekawszym pod względem historycznym był koncert z udziałem klawecynu i fletu. Według podania część solową tego koncertu na flecie wykonywał w tej samej sali Fryderyk II. Po koncercie, który trwał do godziny 10 uczestnicy byli oprowadzani po wszystkich salach pałacyku do godziny jedenastej.

Następnego dnia w piątek posiedzenie rozpoczęło się referatem *Albrechta* z Tybingi na temat zasadniczy: „Wpływ konstytucji na schorzenia gardła, nosa i ucha“. Referent podkreślił coraz bardziej zyskujące sobie w medycynie uznanie pojęcie o konstycucji, wysunęły ją na czołowe miejsce prace nad dziedzicznością, które dały nauce o konstytucji podstawę naukową. Różne są definicje konstytucji podkreślające różne strony zagadnienia. Referent określa ją jako właściwość osobowości, przejawiającą się w budowie morfologicznej i w czynności tkanki.

Najgłówniejszym zadaniem badania klinicznego nad konstytucją jest ustalenie indywidualnej odporności. Aczkolwiek badanie nad dziedzicznością i konstytucją są sobie bliskie lecz nie identyczne. Nauka o konstytucji stara się ocenić zdobycze badań nad dziedzicznością pod względem klinicznym, nie poprzestaje jednak na tym, ale ustala jeszcze wpływ świata otaczającego na ustrój i na tej drodze szczególną pomoc otrzymuje z badań nad bliźniętami jedno i dwujajowymi, u których stałość cech i ich zmiana pod wpływem warunków otoczenia odbija się najwyraźniej. Z kolei referent rozpatruje wpływ mutacji na konstytucję, odrzuca pojęcia dawne o zwyrodnieniu, teorję Bauera o mniejszej wartości poszczególnych narządów, a przyjmuje konstytucję różnych okresów życia, którym właściwe są różne stany chorobowe, jak przerost grasicy w pierwszych latach życia, przerost migdałków i skłonność do stanów zapalnych śluzówki dróg oddechowych, w pierwszym dziesięcioleciu, później w wieku młodzieńczym do objawów anafilaktycznych, jeszcze później do gruźlicy, a wreszcie w starości do raka. Własności konstytucjonalne u wielu przejawiają się nawet w życiu zarodkowym w postaci szybszego lub wolniej-

szego zanikania tkanki śluzakowatej w uchu środkowym. Konstytucja określa pewne indywidualne skłonności w stosunku do pewnych schorzeń, które zresztą z latami mogą się zwiększać, zmniejszać lub zamieniać innymi. Znaną jest taka skłonność do nieżytów górnych dróg oddechowych. wzmożona w dzieciństwie wrażliwość na zarazek błonicy, znika z latami. — Albrecht na jednojajowych bliźniakach. stwierdził skłonność do przerostów migdałkowych. To samo daje się stwierdzić co do nieżytów przerostowych lub zanikowych nosa, co zależy od pewnych właściwości budowy błony śluzowej nosa. W pewnym przypadku będą to przerosty, dochodzące do rozrostów polipowatych w nosie i zatokach, w innym będzie nieżyt zanikowy, dochodzący do najwyższego swego wyrazu — ozeny. Skłonność do nieżytów przejawia się nietylko w cierpieniach nosa ale i w cierpieniach ucha. W wielu rodzinach bardzo często występuje ostre zapalenie ucha środkowego, co wielu uzależnia od szerokości trąbki Eustachiusza u dzieci lub od wymiarów czaszki. Badania bliźniaków wykazały zależność przewlekłego ropienia ucha środkowego od konstytucji. Ta ostatnia daje się również stwierdzić w przypadku wtórnego cholesteatomu, występującego przeważnie w wyrostkach źle upowietrznionych i zjawiającego się często obustronnie.

Do grupy cierpień związanych z konstytucją należy nadmierna wrażliwość na bodźce, które nieraz udaje się stwierdzić dziedzicznie oraz u bliźniąt jednojajowych. Stwierdzono również konstytucjonalnie wrażliwość na anafilaktyczny obrzęk krtani. Tak *Ensor* prześledził drzewo genealogiczne jednej rodziny w siedmiu pokoleniach, w której na 49 osób 12 zmarło nagle z powodu uduszenia.

Badania szczegółowe każą uzależnić od konstytucji otosklerozę, w której należy widzieć konstytucyjną gotowość otoczki kostnej błędnika do przebudowy. Tu się nasuwa analogia pomiędzy ozeną a otosklerozą. W pierwszej widzimy pokrewieństwo z anidrozą, cierpieniem ogólnem gruczołów potowych, w drugiej z niebieską białkówką i nadmierną łamliwością kostną.

Po *Albercie* mówił *van Gilze* z Lejdy „O wpływie konstytucji na schorzenia gardła i uszu“. Nauka o konstytucji odsunięta chwilowo na dalszy plan przez patologię celularną i bakteriologię, które, zdawało się, wyjaśnia je źródło wszelkich cierpień zajęła znowu w Niemczech należne miejsce. Mniej się o niej mówi w innych krajach zachodnich, głównie dla tego, że jak

we Francji nigdy nie schodziła z platformy klinicznej nauka o diatezach, — odpowiednik konstytucji. Jednak i tam *Leroux* mówi o konstytucji obrzękowej. Anglicy mówią o konstytucji polipowatości, Włosi widzą związek pomiędzy konstytucją a wyroślami adenoidalnymi. Jednakże w pojęciu konstytucji nie należy zbaczać na drogę mytologii konstytucjonalnej, ale trzymać się kierunku, wskazanego przez *Siemensa*, który chce widzieć w nauce o konstytucji korrelacyjną-statystyczną przemianę. Należy pamiętać tu również o dużym znaczeniu momentu psychicznego który wytwarza sugestje tak ważne w leczeniu, dalej ze strony nerwowej należy pamiętać o zespole naczynio-ruchowym, który jest miejscowym przejawem szczególnej konstytucji. W stosunku do korrelacji referent omawia pewne najprawdopodobniej przez konstytucję uwarunkowane stosunki, jak idiotyzm mongołoidowy i zatamowanie wzrostu zatoki czołowej i klinowej, powstrzymanie wzrostu kości nosowych, ozena i małe zatoki, mały szew czołowy i mała lub nieobecna zatoka czołowa. Egzostozy przewodu, wygląd błony śluzowej i allergiczna konstytucja, raki gardła dolnego i cechy konstytucyjne, głuchota dziedziczna u zwierząt i konstytucyjna korrelacja. Korrelacja pomiędzy mongolizmem i małymi zatokami sitowymi jako zjawisko konstytucjonalne istnieje niewątpliwie, jak również pomiędzy mongolizmem a brakiem lub niedorozwojem kości nosowych, ozena i małe zatoki szczękowe okazały się niewątpliwie, jak również pomiędzy zatokami sitowymi jako zjawisko konstytucjonalne istnieje niewątpliwie, jak również pomiędzy mongolizmem a brakiem lub niedorozwojem kości nosowych, ozena i małe zatoki szczękowe okazały się niewątpliwie w korrelacji jak widać z badań *Gilsego* z Lejdy wyrażonych cyfrowo, podobnie jak ozena i małe zatoki klinowe. Natomiast nie mają podkładu konstytucjonalnego egzostozy przewodu, a są raczej zależne od przedostawania się częstego zimnej wody do przewodu słuchowego. Za to istnieje, zdaje się, niewątpliwie więź konstytucjonalna pomiędzy allergią a wyglądem szarobladym i obrzmieniem śluzówki nosa, pomiędzy rakiem gardła dolnego a płcią żeńską; wreszcie pomiędzy głuchotą a anomalią zabarwienia skóry. Daje się również stwierdzić korrelacja pomiędzy głuchotą dziedziczną a tańcem myszy japońskich,natomiast nie widać jej pomiędzy myszami „trzęskami“ (shaker) i głuchotą.

Trzeci referent *Schwartz* z Tybingi mówił o „Konstytucji śluzówki“. Referent przyjmuje jedność śluzówki w ca-

łym organizmie, co się odbija na całej osobowości jednostki, nadając pewne właściwości, uzależnione dziedzicznie. W śluzówce rozróżnia się nabłonek, twór entodermalny w górnych drogach oddechowych i ektodermalny w uchu, i tkankę podśluzową, twór mezenchymalny. Nabłonek nadaje formę narządom, żłobi komory powietrzne; błona podstawna łącznotkankowa nadaje jej odporność, sprężystość, ona określa tzw. habitus, zależny od stopnia jej napięcia bądź luźności, mówi się więc habitus (budowa, więź) stenicus (steniczna) lub astenicus (asteniczna), fibrosus, pastosus, lymphaticus. Tkanka podstawna odgrywa główną rolę w zapaleniu ze względu na obecne tam naczynia, histiocyty, makrofagi, odgrywające w zapaleniu pierwszorzędną rolę. Jeżeli tkanka podstawna będzie uboga we włókna, cienka i luźna, przewaga będzie po stronie nabłonka, zwykle wówczas wysokiego i zapalenie będzie tu prowadzić do przerostu; w drugim przypadku wystąpi przewaga tkanki łącznej nad nabłonkiem niskim, ubogim w komórki kielichowate. Pierwszą tkankę nazwiemy hyperplastyczną, drugą hypoplastyczną w przeciwieństwie do normalnej mesoplastycznej, z równowagą pomiędzy nabłonkiem a tkanką łączną. Tkanka mesoplastyczna broni ucho przed stanem zapalnym, a jeżeli się zdarzy, to prędko go likwiduje. Nabłonek mesoplastyczny sprzyja powstawaniu komórek powietrznych wyrostka. Natomiast tkanki hyperplastyczna i hypoplastyczna posiadają małą odporność, małą siłę reakcji, co w rezultacie daje zapalenia przewlekłe, małą zdolność wytwórczą, stąd mały rozwój z tej tkanki komór powietrznych w wyrostku. W nosie działają te same siły konstytucjonalne co w uchu. Tkanka mesoplastyczna sprzyja wydatnemu rozwojowi komór bocznych i stwarza odporność przeciwzapalną. Śluzówka hyperplastyczna daje obrzęk, przerosty, polipy oraz skłonność do przewlekłych spraw zapalnych; hypoplastyczna daje przewlekłe nieżyty zanikowe i małe zatoki. Tu i tam badania wykazują usposobienie dziedziczne, stwierdzane na drzewach genealogicznych wielu rodzin i w budowie czaszki. Krwawienia nosowe należą również do zjawisk dziedzicznych z pewnym upośledzeniem naczyń w postaci phlebektazji, naczyniaków ust, twarzy, gardła, zwykle dziedzicznych, co wskazuje na oddziedziczoną zmniejszoną wartościowość mezenchiny, u tego rodzaju osobników. Po referacie *Schwartza* odbyła się demonstrancja filmów otolaryngologicznych, dokonanych zwykłą komorą kinematograficzną dla zwykłych filmów Siemensa, z lampami Osram-Vitalux i ze specjalnymi so-

czewkami. Filmy były b. udatne i pokazały, że zdjęcie filmu otolaryngologicznego dostępne jest dla każdego specjalisty, umiejącego robić zdjęcia.

Alonso z Montevideo mówił o „Konstytucji w otosklerozie“. Jego spostrzeżenia wykazały w jednej grupie chorych wyraźną dziedziczność, w drugiej podkład gruźliczy przejawiający się, jeżeli nie u chorego, to w jego rodzinie, w trzeciej wreszcie grupie wyraźny wpływ hormonalny, zwłaszcza gruczołów przytarczycznych.

Laskiewicz mówił o „Czynnikach morfologicznych i konstytucjonalnych w ostrych i przewlekłych ropotokach u dzieci“, demonstrując je na przeźroczach. Temat ten referent omawiał już na Zjeździe lekarzy i przyrodników Polskich w Poznaniu 1933 r. Od tego czasu temat ten został rozszerzony dalszymi badaniami klinicznymi do r. 1936.

Porta z Parmy o „Wpływie hormonu przedniego płata przysadki na rozwój płodów króliczych“, których matkom podczas ciąży zastrzykiwano co drugi dzień po 1 ctm wyciągu przedniego płata. Płody okazały się większe od kontrolnych. Przyrost zależał od rozwoju tkanki podtrzymującej. W kościach usznych stwierdzono wzmożone kostnienie.

Górny z Katowic pokazał pacjenta z wybitnym niedorozwojem chrząstki tarczykowatej w górnej części po stronie prawej, z niedorozwojem nagłośni przy prawidłowych strunach głosowych i czystym głosie.

Z tematów ogólnych poruszonych tego dnia na uwagę zasługuje bardzo ciekawy i z pięknymi preparatami i rysunkami referat *Negusa* z Londynu na temat „Anatomii porównawczej krtani w stosunku do krtani człowieka“. Referent zwraca uwagę przeważnie na czynniki ewolucyjne, a mianowicie:

Wielkość krtani mała u dorosłych i stosunkowo duża u dzieci daje się porównać z krtanią jeleni i psów. Pochylenie otworu krtaniowego, tworzącego kąt z osią gardła, pokazuje zmiany strukturalne jak u gadów, ptaków i wielu ssaków. Mięśnie, poruszające krtań i wywołujące jednocześnie ruchy robaczkowe przełyku, dają się odnaleźć u kameleona. Nagłośnia człowieka uległa zanikowi i nie styka się z podniebieniem jak u większości ssaków. M. glosso-hyoepiglotticus zastąpiony został przez więzadło. Struny głosowe mają w przeciwieństwie do małp umiarkowaną ostrość brzeżną. Wpłynęło to wybitnie na fonację. Umiarkowanej wysokości fałdy

nalewkowo nagłośniowe sprzyjają wytworzeniu kanału pokarmowego bocznego, b. ważnego podczas jednoczesnego oddychania i połykania, jeszcze wyraźniej występuje to u zwierząt wodnych i trawożernych. Chrząstki Santoriniego są częściowo złączone z przełykiem, wyraźniej jeszcze występuje to u trawożernych.

Krepuska z Budapesztu poruszył ciekawy temat „Ropni licznych mózgu, których przyczynę upatruje w zaniedbanym przewlekłym ropotoku. Zdarzają się w 5,1% — przypadków (na 105 przypadków autora 6 ropni) i powstają, zdaje się, wskutek zapaleń żył pajęczynówki i połączeń z namiotem móżdżkowym. Stały uporczywy ból głowy, zastoina na dnie oka wraz z innymi objawami charakterystycznymi dla ropnia. Leczenie — wielostronna punkcja mózgu, najważniejsze wszakże to leczenie zapobiegawcze przewlekłego ropotoku.

Tempea z Bukaresztu radzi w rezekcji podśluzowej przegrody robić cięcie nie na chrząstce, ale na jej brzegu. Usuwa się wówczas nie tylko dalsze ale i początkowe często obecne skrzywienie chrząstki i unika najczęściej wskutek tego cięcia powstałego przedziurawienia przegrody.

Wieczorem odbył się bankiet dla uczczenia uczestników Kongresu wydany przez ministra spraw wewnętrznych w salonach Krolla. Obowiązywał strój wieczorowy. Przed rozpoczęciem bankietu w salonie przyległym odbył się cercle, przyczym prof. v. *Eicken* przedstawiał ministrowi przedstawicieli państw, z którymi ten zamieniał parę słów uprzejmych, po czym przeszli do wielkiej wspaniałej sali, zastawionej stołami. Wszyscy zajęli wyznaczone im miejsca, Komitet zaś Zjazdu zawczasu pomyślał o tym, aby siedzący przy sobie władali znanymi obu stronom językami. Potoczyła się rozmowa, zrobiło się gwarno. Po zupie na mównicę wszedł minister i w dłuższym przemówieniu dziękował gościom za liczny zjazd do Berlina, na obrady dla dobra ludzkości. Obrady Kongresu odbiją się napewno głośnym echem w nauce i przyniosą cierpiącej ludzkości, zwłaszcza w zakresie leczenia guzów złośliwych wiele korzyści. Mówił następnie o Niemczech zjednoczonych i odrodzonych pod kierunkiem Wodza narodu, o nowym rozpędzie i zapale do pracy, który się przejawia na każdym kroku, nie pomijając zagadnień zdrowia publicznego. Po pieczystym rozpoczął się szereg przemówień, urzędowych, które rozpoczął Prezes Komitetu. Ten z uznaniem podniósł poważny nastrój pracy i wysiłku, jaki panował na Zjeździe, oraz uczucia przyjaźni i zgody, które oży-

wiały wszystkich uczestników, i wniósł toast za pomyślny rozwój nauki i współpracy naukowej. Po nim z kolei przemawiali przedstawiciele Anglii, Francji, Włoch, od Holandii mówił prezes przyszłego zjazdu *Burger*, dziękując za zaszczyt, jaki spotkał jego ojczyznę i jego samego. Potem mówili przedstawiciele Japonii, Bułgarii, Rumunii, Stanów Zjednoczonych i Polski. W przemówieniu swojem podziękowałem niemieckiemu Rządowi i lekarzom niemieckim za gościnne przyjęcie, jakiegośmy doznali. Nawiązałem do dawnych lat do znakomitych profesorów *Lucae, Frenkla, Killiana,* którzy w Berlinie wysoko postawili sztandar niemieckiej otolaryngologii i znaleźli godnego siebie następcę pierwszorzędnego uczonego i idealnego przewodniczącego Zjazdu *v. Eickena,* którego zdrowie wnoszę. Toast był przyjęty oklaskami i na tem narazie zakończyła się serja przemówień zgłoszonych.

Po lodach przewodniczący Zjazdu zawiadomił, że udzielił głosu jeszcze kilku przedstawicielom, którzy zgłosili chęć zabrania głosu. Wystąpił więc w imieniu Jugosławii *Šercer,* potem przemawiał przedstawiciel Grecji, Węgier, a na zakończenie wymownie przemówiła młoda przedstawicielka Brazylji.

Po zakończeniu bankietu goście przeszli do sąsiednich salonów, gdzie spędzono kilka godzin na tańcach i przyjemnej pogawędce.

Wsobotę rozpoczęło się posiedzenie o godzinie 9 z rana w celu wysłuchania referatów, które nie zostały dotychczas wygłoszone.

Z odczytów tych zasługuje na wyróżnienie referat *Hofera* z Grazu o operacji uchyłków szyjnych przełyku, przyczem zwraca uwagę przedewszystkiem na uniknięcie niebezpieczeństwa zakażenia śródpiersia za pomocą tamponów, zatykających wejście do śródpiersia po wycięciu uchyłku i dokładnego długotrwałego tamponowania.

Soulas z Paryża mówił o ulepszeniach w dziedzinie eofagoskopji i bronchoskopji, o oświetleniu, obecnie używanem, przeważnie distalnym, następnie specjalnie zatrzymał się na zapaleniach przełyku o etjologji nieustalonej. Leczenie jest endoskopowe i higjeniczno-djetetyczne. W dziedzinie bronchoskopji omówił szczegółowiej sprawę leczenia zalewem tracheobronchoskopowym, sprawę atelektazy płucnej, mówił o mierzeniu ruchów oskrzeli, o zablokowaniu oskrzelowem, jednem słowem poruszył wiele bardzo ciekawych i ważnych zagadnień.

Lasagna z Parmy mówił o własnych doświadczeniach i obserwacjach w dziedzinie kollapsoterapji. Mianowicie sta-

rał się robić zdjęcia oskrzeli za pomocą wlewania do oskrzeli 30% iodoleum przez rurę bronchoskopu lub przez nos, otrzymane cienie pozwalały sądzić o wpływie leczniczym odmy płucnej, wycięcia nerwu przeponowego, plombowania, torakoplastyki. Okazało się, że odma jest najczynniejszą i najlepszą, frenikoegzereza daje najmniejsze wyniki, rozstrzenie oskrzeli nie dają się leczyć zapomocą kollapsoterapii, bronchografia za pomocą iodoleum, wlewanego przez nos, jest zupełnie bezpieczna i daje doskonałe wyniki.

L. Chevalier Jackson z Filadelfji mówił o rozpoznaniu bronchoskopowem i leczeniu guzów oskrzeli, podkreślając ważność bezpośredniego badania, przyczem jeżeli nie uda się obejrzeć guza to zawsze można stwierdzić inne objawy, jak rozszerzenie klina, zwężenie, skręcenie oskrzeli i t. p. co daje ważne wskazówki. Wynik dodatni badania daje chirurgowi masę wskazówek, co robić i jak robić. Referent zwraca uwagę na szczególną grupę guzów t. zw. gruczołów oskrzeli, guzów dobrotliwych, które można usuwać tracheoskopowemi metodami.

Proetz z St. Louis zwrócił uwagę na zespół objawów porażennych i bólowych zależnych prawdopodobnie od zapalenia przestrzeni przedkręgowej — a mianowicie głębokie bóle w rodzaju skurczów mięśniowych między 7 szyjnym a 3 grzbietowym kręgiem z boku od wyrostka ościstego. Ulga w położeniu grzbietowem, promieniowanie bólów do ręki, słabość i porażenie różnych mięśni, nadczułość i bolesność potylicy, ból przy najmniejszym ruchu połykowym, zapalenie tkanki chłonnej gardłowej, brak gorączki. Leczenie dotychczas bez wyniku.

W zagadnieniu migdałkowym Zjazd obecny oprócz pracy Dobrzańskiego i Schusterówny dał niewiele nowego.

Racoveanu z Bukaresztu w referacie pod tytułem „Zapalenia migdałków przewlekłe skryte nierozpoznane i ich przejawy toksyczne" dorzuca tylko nowe statystyczne dane o przewlekłych ropieniach kryptowych niesłusznie przezeń nazwanych skrytymi i dające szereg objawów ze strony przewodu pokarmowego, nerwów stawów skóry i mięśni.

Teta i *Stefaniu* podają znane już wskazania do amygdalektomji, dodając jeszcze pewne zaburzenia żołądkowe. Wycięcie migdałków wykonywa się po uprzednim podawaniu preparatów wapnia i po zbadaniu krwi na krzepliwość i na czas krwawienia. Dzieci operuje się szczypcami Ruaulta (par morcellement; nie jest wcale amygdelektomia p. Spr.) lub metodą Sluder-

Ballengera bez znieczulenia, dorosłych operuje się chirurgicznie lub Sluderem w znieczuleniu miejscowym.

Koch z Gracu mówiąc o septicemiach migdałkowych, zaznacza, że nadzieja na wyzdrowienie może być tylko we wczesnych okresach. Konieczne jest wycięcie migdałków otwarcie pochewki dużych naczyń szyjnych i podwiązanie żyły szyjnej.

Sercer mówił o funkcjonalnej strukturze przegrody nosowej, na której stwierdza dwie linje paraboliczne trajetorjalne, jadną wzdłuż górnego brzegu lemiesza, drugą, biegnącą od kolca nosowego przedniego i podtrzymującą część zewnętrzną nosa. Oprócz tego istnieje jeszcze inna widoczna linja zdwojenia. Trajektorja nosowa podtrzymuje piramidę i nadaje otworom nosowym najwygodniejszą pozycję dla wąchania i oddychania. Referent uwydatnia te linje na pięknym odlewie czaszki.

Le Mée i *Bouchet* gorąco zalecają własną metodę zaciemniania zatok bocznych lipidolem, wprowadzonym drogą t. zw. déplacement, znaną u nas z pracy Laskiewicza.

W zakończeniu ostatni przemawiał prof. *Suckov* o organizacji niemieckiej głuchych i pomocy głuchym. Referent, sam bardzo źle słyszący i posiłkujący się trąbką akustyczną, jest prezesem tej organizacji i chciałby nawiązać bliski kontakt z otjatrami w celu wyzyskania ich wiedzy dla pomocy głuchym, z drugiej zaś strony ażeby przez nich zwiększyć kadry członków organizacji i dać im poznać, jak się w organizacji dla dobra głuchych pracuje. Towarzystwo zostało założone przez pannę Witzleben, głuchą. Poszczególne towarzystwa, które się potworzyły, zlały się z czasem w jedną organizację, liczącą 5 600 członków. Praca w Towarzystwie: na zebraniach ogólnych, gdzie głusi zostają zaopatrzeni w chełmy słuchowe i amplifikatory, ułatwiające im słyszenie, czyni się dla nich dostępną przedewszystkiem ideę nacjonal-socjalizmu, urządza się wykłady z dziedziny kultury. Towarzystwo zajmuje się podniesieniem poziomu moralnego i umysłowego członków, ułatwia im naukę czytania z ust i zaopatrywania się w przyrządy akustyczne i chroni przed szarlatanami, udziela im pomocy materjalnej, zabiega o zwiększenie szkół dla głuchych, wyszukuje zajęcia dla głuchych. Referent prosi, ażeby otolaryngolodzy zachęcali swych chorych do zapisywania się na członków i aby sami popierali ideę Towarzystwa, dewizą którego jest: Lepsza dola dla głuchych. Po tym odczycie Prezes Komitetu ogłosił zamknięcie Zjazdu.

Wspominając teraz przebieg III Międzynarodowego Zjazdu Otolaryngologów, stwierdzić należy, że był on zorganizowany bardzo dobrze. Biuro Kongresu od pierwszej chwili działało bardzo sprawnie, wszyscy otrzymali miejsca w hotelach lub pensjonatach, jak sobie tego życzyli. W gmachu domu posiedzeń był urządzony posterunek pocztowy, bufet dobry i stosunkowo niedrogi, gdzie można było zjeść nie tylko śniadanie, ale nawet obiad. Można było na miejscu zaopatrzyć się w książki, narzędzia, leki w kioskach firm odpowiednich.

Doskonale urządzona i bardzo obficie zaopatrzona była wystawa naukowa. Były tam okazy związane z naszą specjalnością i dostarczone ze wszystkich niemal działów wiedzy: Sądowa Medycyna dostarczyła niezwykłych okazów sekcyjnych z ciałami obcymi w przełyku i oskrzelach, z okropnymi zniszczeniami w gardle i krtani wskutek poparzenia w celach samobójczych lub przez nieostrożność, amoniakiem, ługiem, kwasami mineralnymi. Klinika wystąpiła z serją bardzo ciekawych preparatów nowotworów krtani. Szereg preparatów demonstrował uszkodzenia porentgenowskie i poradowe. Tablice i mulaże unaoczniły wyniki operacji (zeszywanie podniebienia metodą Ernsta, szereg fotografij i rysunków mikroskopowych demonstrował zmiany w otosklerozie, piękne zdjęcia rentgenowskie zatokowe demonstrowały najrozmaitsze cierpienia uwydatniane tą drogą, anatomja porównawcza dostarczyła masę obrazów i preparatów, ilustrujących stopniowy rozwój krtani, wreszcie plany nowej kliniki w Lipsku pokazały, jak Niemcy rozwiązują zagadnienie budowy klinik dla specjalności, którą zaliczyli do największych i której nauczanie i studiowanie uczynili obowiązującym. Jednym słowem było materjału naukowego na wystawie bardzo dużo, z którego każdy uczestnik mógł czerpać obficie. Poza tym były organizowane wycieczki po klinice jednej z największych, obejmującej wraz z podziemiami pięć pięter, posiadającej piękne i zasobne pracownie doskonale zorganizowane przyjęcia dla chorych przychodzących, piękne sale dla chorych mężczyzn, kobiet i dzieci, duże i zasobne sale operacyjne, jednem słowem ogromny warsztat pracy lekarskiej i naukowej. Ciekawość wzbudzały urządzenia dla wykładu, sale zajęć dla studentów, oddziały fonologiczny i allergiczny, gdzie odbywają badania bodźców, komory z powietrzem wyjałowionem dla chorych na astmę i t. d.

Dużo również dawała pedagogowi sama technika wykładu. Wielu prelegentów, korzystając z doskonałego epidiaskopu, poda-

wało cały swój wykład w skrótach, rzucanych na ekran, ilustrując go dalej wykresami, rysunkami, tablicami statystycznemi. Wszystkie przemówienia były stenografowane i podawane dla przejrzenia biorącym udział w dyskusji. Niestety niewielu Polaków, którzy korzystali z tego bogactwa materjału naukowego i pedagogicznego. Wszystkich Polaków na Zjeździe było sześciu, z tych jeden profesor czynny i dyrektor kliniki, jeden w stanie spoczynku, jeden docent, kierownik oddziału szpitalnego. Na pięć polskich uniwersytetów, na kilkadziesiątków pracowników naukowych pomocniczych i 5-ciu kierowników klinik, to trochę, sądzę, za mało. Toć kliniki uniwrsyteckie istnieją po to, ażeby szerzyć w kraju wiedzę lekarską i przeszczepiać na grunt rodzinny wszystkie zdobycze wiedzy w dziedzinie własnej specjalności, są to przecież czułe ośrodki naukowe, niezwłocznie reagujące na każdy ruch, na każdy nowy kierunek naukowy. Stopień czułości przejawia się właśnie w okresie zjazdów naukowych narodowych, a jeszcze więcej międzynarodowych. Tu właśnie kliniki przed całym światem naukowym powinny stwierdzać swą obecność, swój udział w pracy nad szerzeniem i pogłębianiem wiedzy, przedstawiać wyniki swych badań w zgłoszonych referatach do tematów głównych i na tematy ogólne. Tych zgłoszeń na trzech dotychczasowych Kongresach Międzynarodowych było z klinik naszych, niestety, niewiele. Szkoda.

IV-ty Zjazd Soc. Otolaryngologica Latina w Brukseli 20—24 IX. 1935 r.

Podał Prof. A. LASKIEWICZ.

(Dokończenie).

Djagnostykę różniczkową ropni mózgu a meningitis serosa omówili *Henri* i *Robert Bourgeois* z Paryża: Meningitis serosa (hydrocpehalia) jest to zwiększenie się ilości płynu mózgo-rdzeniowego, pod względem cytologicznym i chemicznym normalnego, stan który autorowie określają jako: oedème vasomoteur-cerebro-meningé. Występuje ona najczęściej w początkach ciężkich chorób zakaźnych, zatruć, względnie urazów czaszkowych. Autorowie odróżniają 4 postaci meningitis serosa: 1. hydrocephalia zewnętrzna rozlana, 2. hydrocephalia komorowa, 3. otorbiona (nagromadzenie się płynu mózgo-rdzeniowego w tylnym dole czaszkowym.

W odróżnieniu od ropnia mózgowego hydrocefalia korowa powstaje zwykle nagle, bez prodromów, wyraźnych zwykle po zabiegach operacyjnych na wyrostku sutk. Wybijają się w niej na plan pierwszy bóle, zawroty głowy z wymiotami, często także coma, brak zaś podniesienia ciepłoty i dreszczów. Leukocytoza do 10 tys. z przewagą limfocytów a zmniejszeniem granulocytów obojętnochłonnych. Tętno bywa raczej przyspieszone. Drgawki w stanach obrzękowych ostrych mózgu zwłaszcza pochodzenia komorowego należą do zjawisk dość częstych, zaczynają się one zwykle w obrębie kończyny górnej po przeciwnej stronie. Tamże spotykał najczęściej *Laurens* i *Bourgeois* porażenia kończyn w tych wypadkach. O ile porażenia nn. VI-go spotyka się częściej w ropniach mózgowych, to porażenia nn. III-go właśnie w stanach obrzękowych mózgu. Badanie płynu mózgordzeniowego jest w tych wypadkach bardzo ważne wykazując w ropniach mózgowych w ca 30% zwiększoną ilość białka i ciałek białych obojętnochłonnych w przeciwieństwie do stanów ukrytych i ropni otorbionych głębokich, w których płyn ten poza wzmożonym ciśnieniem zmian nie przedstawia. W postaciach o bardziej przewlekłym przebiegu z drgawkami, zaburzeniami psychicznymi, tarczą zastoinową, zwolnieniem tętna oraz płynem mózgordzeniowym niezmienionym a tylko pod wysokim ciśnieniem, należy myśleć raczej o surowiczem zapaleniu opon i mózgu. Arachnoiditis cistica w tylnym dole czaszkowym daje w pierwszym rzędzie porażenie X-go, XI-go i XII-go nerwu, brak zwolnienia tętna, oczopląs samoistny o zmiennym kierunku i natężeniu, temsamem przypomina najwięcej ropień móżdżku. Wreszcie wspomnieć należy o encephalografji i ventriculografji, umożliwiających niekiedy wykrycie ropnia mózgowego. Tę ostatnią należy stosować bardzo ostrożnie, gdyż może spowodować łatwo pęknięcie ropni do komory bocznej mózgu. Wspomniane nakłócie lędźwiowe jest zarazem czynnikiem leczniczym w tych wypadkach, tam zaś, gdzie wynik jej jest ujemny, należy punktować oponę w 3 zasadniczych kierunkach szukając ropnia. Ten sam pogląd podziela też *P. Winter* w swoim wykładzie les faux abcès encéphaliques. Nadto autor ten zaznacza, że po antrotomji względnie operacji doszczętnej u osobników neuropatycznych występują niekiedy objawy, przypominające klinicznie ropień mózgowy. Brak jednolitości i zmienność w nasileniu objawów budzi zawsze poważne wątpliwości. W rozdziale o leczeniu ropni mózgowych wybijał się na plan pierwszy wykład prof.

Metzianu i dra *Borsa* z Bukaresztu: W sprawie leczenia zapobiegawczego ropni mózgowych. Przy obecności ropni mózgowych usznego pochodzenia należy w pierwszym rzędzie usunąć ogniska ropne w uchu środkowym i kości przez wycięcie polipów oraz usunięcie ognisk karjetycznych i sekwestrów na drodze operacyjnej jak najbardziej radykalnej. Następnie przez otwór w tab. interna należy szeroko drenować. Leczenie środkami wewnętrznymi jako dopełnienie wspomnianego leczenia obejmuje: a) stosowanie środków chemicznych i to przedewszystkiem utropiny, optochiny, trypaflaviny 2% dożylnie. Autor stosował także wstrzykiwania dożylne alkoholu. Leczenie przy pomocy surowicy i szczepionek święci swoje triumfy zwłaszcza w postaci przepłókiwań lub tamponów napojonych tymi środkami do wnętrza tych ropni. W innych znów wypadkach wstrzykiwania szczepionki *Delbeta* (propidon) wytwarzanie ropni ustalających przy pomocy terpentyny skraca znacznie przebieg choroby. *C. Breyre* z Liege omówił w krótkości wskazania i przeciwwskazania do leczenia operacyjnego ropni mózgowych. Mając podejrzenia na ropień mózgowy nie należy zbyt długo czekać a przeciwnie przystąpić do zabiegu operacyjnego nawet gdy stan ogólny jest zły w myśl zasady ubi pus ibi evacua. W razie wątpliwości co do jego obecności należy wpierw naciąć oponę twardą i odczekać jeden dzień by za drugim razem wykonać powtórne nakłócie w trzech zasadniczych kierunkach. Wtedy dopiero najczęściej udaje się nam ropień ten wykryć. Jeżeli w stanach komatycznych stwierdzimy przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego bez obecności cukru i białka w moczu należy niezwłocznie przystąpić do zabiegu operacyjnego. Znalezienie i otwarcie ropnia w tych razach daje natychmiastowe polepszenie. Technikę zabiegów operacyjnych przy ropniach usznego i nosowego pochodzenia omówił *Citelli* (Catania). Jeżeli po wykonaniu operacji doszczętnej nakłócie płata skroniowego czy czołowego od zatoki czołowej wypadnie ujemnie fakt ten nie wyklucza możliwości istnienia ropnia. W celu zabezpieczenia worka oponowego przed zakażeniem radzi po odsłonięciu opony twardej obtamponować gazą jodoformową całe pole na przestrzeni 2 c^2, co powoduje zrost z oponą twardą. Następnie po upływie 24—48 godzin wykonać nacięcie opony twardej i otworzyć na tępo ropień, poczym drenaż drenami gumowymi. W dalszym ciągu *U. Calamida* zebrał sposób postępowania operacyjnego przy ropniach mózgowych (w klinice O. R. L. w Medjolanie) w następujące

4 punkty: 1. otwarcie ropni mózgowych należy wykonywać przez kość skalistą zawsze w sąsiedztwie podejrzanego ogniska w mózgu, 2. można też próbować w pewnej odległości od ogniska ropnego przez łuskę kości skroniowej, 3. kombinacja obu tych metod zależnie od wielkości i umiejscowienia tegoż ropnia. Co się tyczy drenażu ropni mózgowych autor zaleca w pierwszym rzędzie sączki z gazy jodoformowej a na drugiem miejscu dopiero dreny gumowe, przyczym statystyka wyzdrowień przedstawia się bardzo korzystnie, t. j. w granicach 10—80%. Sposób postępowania przy ropniach móżdżku przedstawił *M. Ombredanne* (Paryż). Jako najodpowiedniejszą drogę dojścia do móżdżku wymienia trójkąt *Trautmanna,* jakkolwiek dla drenażu ropni móżdżkowych jest znacznie lepsza droga przez potylicę. Sposób drenowania oraz dalszego postępowania leczniczego jest taki sam jak przy ropniach mózgowych. O patogenezie ropni mózgowych usznego i nosowego pochodzenia mówił *G. Tapia Rafael* (Madryt): Przeniesienie się infekcji z zatok bocznych nosa do wnętrza czaszki na tkankę mózgową odbywa się przez wrodzone ubytki w ścianach zatok bocznych, przez które ropa może z łatwością przenikać obok równoczesnej niedrożności przewodów wyprowadzających. Następnie przez naczynia chłonne i kanały Haversa kości płaskich czaszki szerzące się zakażenie może dać powód do rozlanego zapalenia szpiku tychże kości z przejściem dość szybkiem infekcji do wnętrza czaszki. W rzadszych wypadkach mamy wyleczenie samoistne tych powikłań, dzięki swobodnemu odpływaniu ropy do nosa. Przeważnie jednak musimy się uciekać do szerokiego otwarcia zatoki czołowej oddłutowując jej tylną ścianę i odsłaniając oponę na szerszej przestrzeni, co umożliwia racjonalny drenaż danego ogniska ropnego. O zabiegach leczniczych przy ropniach mózgowych pochodzenia urazowego zatok bocznych nosa mówili *G. Hicquet* i *P. Martin.* Uszkodzenie urazowe zatoki czołowej powoduje z reguły ropień mózgu, podczas gdy w następstwie pęknięcia podstawy czaszki przez kość klinową powstaje częściej zakrzep zatoki jamistej i meningitis. Przy pęknięciach szczelinowatych ścian zatoki czołowej unikniemy zakażenia, jeżeli dokładną rewizję zatoki wykonamy dopiero po kilku dniach. Zakażenie wnętrza czaszki ułatwia tamponada nosa gazą jodoformową. Przy uszkodzeniu równoczesnem worka oponowego z wypływem płynu mózgo-rdzeniowego stosujemy obok tamponady aseptycznej urotropinę dożylnie. Oprócz wspomnianych, o leczeniu ropni mózgo-

wych mówił jeszcze *van Wildenberg* (Louvain). Przytaczając szczegółowo historje chor. 19-tu przypadków ropni mózgowych pochodzenia usznego i nosowego z kazuistyki własnej, autor podkreśla znaczenie sposobu *Lemaîtra:* „wykluczenie przestrzeni podpajęczynówkowej" dla terapii chirurgicznej tych ropni, przez co unika się dwuch groźnych powikłań, t. j. meningitis i prolapsu mózgu. Do drenażu ropni mózgowych zaleca przedewszystkiem dreny gumowe w postępującej skali szerokości, a co drugi dzień nakłócie rdzeniowe. W uzupełnieniu tego referatu przedstawił prof. *Lemaître* swój sposób leczenia ropni mózgowych przez wyłączenie przestrzeni podpajęczynówkowej. Wzdłuż pierwotnego ogniska dochodzi się do opony twardej, którą odsłania się szeroko. Tak samo też w kierunku do móżdżka przy zajęciu błędnika i zatoki esowatej należy również szeroko odsłonić oponę tylnego dołu czaszkowego. Nacięcie opony twardej uważa autor za niebezpieczne, to też poprzestaje tylko na wykonaniu nakłucia grubą igłą aspirując w różnych kierunkach aż trafi na ropień. Wówczas wsuwa zgłębnik rowkowany, przez który wprowadza cienki drenik gumowy w głąb ropnia. Po 48-miu godzinach, kiedy już się wytworzyły zrosty ochraniające przestrzeń podpajęczynówkową, wprowadza szerszy dren. Po tygodniu tkwi już dren 6—10 mm grubości. na której to szerokości pozostaje do końca, skracając tylko jego długość. Płukania wnętrza ropnia nie używa. *F. Chavanne* przedstawił patogenezę ropni mózgowych usznego i nosowego pochodzenia. Przy zabiegach operacyjnych na zatokach nosowych i ucha należy postępować bardzo ostrożnie, unikając zbyt forsownego kurettement okolicy oponowej i tabula int. zatoki czołowej. Opony nie należy zbyt często i bez wyraźnej potrzeby odsłaniać. W przypadkach retencji ropy nie należy zwlekać z wykonaniem operacji doszczętnej tak przy zatokach bocznych nosa jakoteż przedewszystkiem wyrostka sutkowego. Każdy z tych cięźej przebiegających przypadków winien być niezwłocznie operowany.

Thienpont R. (Antwerpia) mówił o djagnostyce rentgenologicznej przy ropniach mózgowych. Przy pomocy rentgenografji mógł autor określić dokładnie pierwotne ognisko karjetyczne w kości w ułożeniach: *Mayera, Schüllera* lub *Stenversa.* Wstrzykiwania lipjodolu do wnętrza ropni jak również venticulografję stosuje w wyjątkowych tylko wypadkach. W odpowiedzi na to autor artykułu przytoczył przypadki z własnej kazuistyki, gdzie

przy pomocy lipjodografji można było już dość wcześnie określić wielkość ropnia płata skroniowego jak również jego uchyłki. świadczące o kierunku posuwania się ropnia do komór mózgowych. W czterech przypadkach udało się autorowi uwidocznić przetokę do komory bocznej na zdjęciu. Szkodliwych następstw lipjodografji ropni mózgowych autor nie zauważył. W dalszym ciągu omówił symptomatologję przebicia dokomorowego ropni mózgu i móżdżku.

Drugi punkt główny programu stanowił wykład prof. *Hinojara* z Madrytu: Leczenie chirurgiczne zapaleń opon mózgowych. Opony miękkie obejmują duże przestrzenie, które nazywamy zbiornikami (cysterny) oraz cały szereg mniejszych przestrzeni podpajęczynówkowych, które komunikują ze sobą. Opony miękkie pokrywają wszystkie pnie nerwowe i naczynia krwionośne aż do ich drobnych rozgałęzień w głąb mózgu. To też w stanach zapalnych opon m. wysięk gromadzi się również dookoła naczyń krwionośnych, gałązek nerwowych oraz wspomnianych przestrzeni i cystern. Płyn mózgordzeniowy jest wytworem splotu naczyniowego komór mózgowych. Jego krążenie jest wywołane tętnieniem naczyń krwionośnych oraz ujemnym zapadaniem się naczyń żylnych. Splot naczyniówkowy komór m. jest tą barjerą. która wstrzymuje przedostawanie się drobnoustrojów z krwi do płynu mózgordzeniowego. Zależnie od rodzaju drobnoustrojów atakujących opony od strony ucha, zawartość białka oraz ciśnienie płynu mózgordzeniowego ulega nieraz znacznym wahaniom. Autor odróżnia 4 formy zapaleń opon mózgowych: 1. Zapalenie odczynowe oszczędzające: płyn mózgo-rdzeniowy mętny bez drobnoustrojów. 2. Zapalenie wysiękowe: z mniejszą lub większą ilością drobnoustrojów. 3. Zapalenie rozlane z dużą ilością drobnoustrojów o wielkiej jadowitości: łańcuszkowce, pneumokoki beztlenowe. Najważniejszem zadaniem leczenia zapaleń opon m. jest wyeliminowanie ogniska septycznego. Po dokonaniu operacji doszczętnej, oczyszczeniu zatoki esowatej względnie otwarciu szerokiem błędnika, należy stosować drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej przerywany wzgl. stały. Pierwszy polega na częstych nakłóciach rdzenia i cystern spos. Eskuchena i Ayera oraz komór mózgowych *(Bergmann, Neisser).* Drenaż zaś stały polega na nacięciu opony twardej wzgl. cystern, t. j.: cist. pontis later. drogą przez błędnik spos. *Uffenordego* i *S. Scotta;* Cisterna magna przez nacięcie mbr. atlantooccipit. spos. *Haymsa, Murphego, Schmiedena.*

Także więcej cystern naraz (drainage forcée Kerrison). Drenaż ten można wzmóc jeszcz bardziej przez wywołanie stazy żylnej na odcinku głowy *(Vorschütz)*, względnie wprowadzając dożylnie rozczyny hypotoniczne soli k. *(Lawrance de Kubie).* Wzmaga to przesączanie się płynu mózgo-rdzeniowego do przestrzeni około-naczyniowych i nerwowych. W celu zmniejszenia ciśnienia mózgowego używamy w pierwszym rzędzie rozczyny hypertoniczne dożylnie j.: glukoza *(Stewart, Frazer).* Przemywanie wszystkich przestrzeni podpajęczynówkowych płynem o składzie podobnym do płynu mózgo-rdzeniowego z zawartością Ca, wprowadzanym pod niskiem ciśnieniem *(Eagleton, Jenkins, Wegefort). Eagleton* podał wreszcie podwiązanie art. carotis int. strony chorej w celu przyspieszenia tworzenia się zrostów w przestrzeni podpajęczynówkowej. *Zeker, Meyer* i *Leblanc* unikają zrostów, zmniejszając równocześnie ciśnienie wewnątrzczaszkowe przez wprowadzanie do worka oponowego gazów j: narcylen. Chcąc zaś równocześnie zadziałać leczniczo i antyseptycznie na drobnoustroje we wspomnianych przestrzeniach oponowych wprowadza się za radą *Stewarda, Naunyna, Jacodba* środki dezynfekcjonujące jak trypaflavinę dożylnie (mała zdolność przenikania) względnie drogą tętniczą p. art. carotis int. *Kolmar, Crawford, Enderlen, Starlinger, Ersner, Meyers.* Tą drogą można uzyskać nieco lepszą dyfuzję wspomnianego środka. Najlepszą gwarancję przenikania płynów antyseptycznych daje wprowadzanie tych środków wprost do cystern mózgowych, łącząc je z równoczesnym ich drenażem. Doświadczenia na zwierzętach w tym względzie różnią się znacznie od analogicznych przypadków u ludzi u których spotyka się niekiedy wyleczenie samoistne nawet dość ciężkich przypadków zapaleń mózgowych *(Dandy, Hinojar).*

Na temat leczenia zapaleń opon mózgowych przemawiali prócz tego *U. Torrini* (Florencja) i *P. Carco* (Catania) przedstawiając swoje wyniki leczenia surowicą wieloważką, stosowaną dordzeniowo. Nader interesujący był referat prof. *Malana* z Turynu: „O zmianach starczych w górnych drogach oddechowych z punktu widzenia anatomji i kliniki“, pełen nowych spostrzeżeń nad rodzajem i rozległością zmian inwolucyjnych w nosie, gardle i chrząstkach krtaniowych, ilustrowany wspaniałymi zdjęciami z preparatów drobnowidowych oraz z rentgenogramów nosa i krtani. Dopełnieniem tego nader ciekawego referatu były badania *R. Segrego* (Turyn), dotyczące anatomji pa-

tologicznej i fizjopatologji krtani u starców. Ostatni punkt programu stanowił wykład dra *Hautanta* (z Paryża) p. t.: Chirurgja gardła dolnego i części szyjnej przełyku. Autor przeszedł po krótce wszystkie schorzenia zapalne i nowotworowe gardła dolnego zatrzymując się szczegółowo nad sposobami ich leczenia operacyjnego, w szczególności opisując własne sposoby leczenia operacyjnego guzów złośliwych, wrodzonych uchyłków gardła dolnego i przełyku oraz ropni okołoprzełykowych. Każdy zabieg ilustrowany doskonałymi zdjęciami fotograf. oraz barwnymi rysunkami z natury, t. j. hypopharyngo-oesophagotomia lateralis i pharyngotomia subhyoidea oraz operacje uchyłków gardła dolnego i pocz. przełyku wykonywane z reguły w dwóch tempach. Cztery ostatnie komunikaty do tego tematu były następujące: 1. *Van den Wildenberg:* Operacje uchyłków gardła dolnego, których technikę demonstrował na seansie oper. w szpitalu St. Pierre w Louvain (również wykonywane w dwóch tempach z dokładną tamponadą śródpiersia przedniego). 2. *Dr. Orlandini* (Florencja): O spondyloarthritis chronica V-go i VI-go kręgu szyjnego, przypadków rozpoznawczych w hypopharyngoskopji bezpośredniej jako żółtawe zgrubienia pod błoną śluzową na tylnej ścianie hypopharynx i potwierdzone równocześnie badaniem rentgenol. 3. *Dr. Aubin:* Metoda zewnątrzśluzówkowa leczenia uchyłków górnych przełyku, podaje jako nowość odcięcie uchyłka bez otwierania światła przełyku a tylko resekcję warstwy mięsnej. 4. *Autor sprawozdania* mówił na temat lokalizacji ciał obcych w gardle dolnem i ich usuwaniu na drodze endoskopowej i zewnętrznej (hypopharyngo-oesophagotomia ext.) z pokazem licznych rentgenogramów i tablic z kazuistyki własnej. W godzinach przedpołudniowych miały miejsce niemal codziennie operacje pokazowe w klinice otolaryngologicznej Uniw. prof. *Heyningsa,* względnie na oddziałach otolaryngol. szpitalnych. Z tych wymienić należy plastykę rozczepu podniebienia miękkiego i twardego przez dra *Buriana* z Pragi a następnie operacja uchyłka gardła dolnego sposobem własnym dwuczasowa, oraz całkowitego wycięcia krtani u kobiety l. 56 z powodu raka płaskokomórkowego. Nakoniec odbyło się uroczyste posiedzenie belgijskiego T-wa Otolaryngol. pod przewodnictwem prof. *Breyra* z Liege: 1) Dr. *P. Wilkin* (Liege. W sprawie leczenia zwężeń bliznowatych krtani i tchawicy po dyfterji, autor zaleca szeroką laryngotracheo-fissurę z wszyciem brzegów rany do skóry, wycięciem miejsc zbliznowaciałych i następowem leczeniem roz-

szerzadłami gumowymi w postępującej skali ich szerokości, wyniki otrzymywał dobre. 2) Prof. *van den Wildenberg* (Louvain) Rak krtani u osobników młodych i starych. Przytacza 6 przypadków raka krtani u kobiet l. 26 i 28 i mężczyzn 28-mio i 34-letnich, u których mimo wycięcia całkowitego krtani i naświetlań radem-rentgenem wystąpiły nawroty i zejście śmiertelne w trzech leczonych w ten sposób przypadkach brak recydywy od 6-ciu lat. Jedenaście przypadków raka krtani u osobników starszych po 70 roku życia po extrypacji w 6-ciu przypadkach otrzymał wyleczenie, w jednym zejście śmiertelne. W dyskusji prof. *Tapia* i *Breyer* wypowiada się u osobników starszych za rentgeno-radoterapją raka krtani, a za wycięciem całkowitem krtani u osobników młodych. 3) *Van den Wildenberg-Dupont:* Schwammoma dużych rozmiarów we fossa pterygo-maxillar. pr., pochodzący od otoczki nn. V-go, który wyleczono wyrwaniem doszczętnem. 4) *Verniewe-De Meirsmann* (Gandawa): Znaczenie obecności streptococcus hemoliticus w przebiegu angin. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych i badań bakterjologicznych autor dochodzi do wniosku, że streptokoka długołańcuszkowego udaje się tylko w niewielkim odsetku przypadków wyhodować ze stanów zapalnych migdałków podnieb. jak również obecność tegoż streptokoka nie wpływa na gorszy przebieg i rokowanie anginy. Morfologja tegoż paciorkowca uwarunkowana raczej właściwościami podłoża czy nosiciela jak również i jego hemolizująca zdolność należą do cech przejściowych, a szczepieniem dożylnem u świnek m. paciorkowcami pobranymi z angin nie udało się autorowi wywołać zapaleń gardła i jamy nosowej jako dowód contra organotropji tegoż zarazka. Autor nie podziela zapatrywania, że w wypadkach obecności streptokoka hemolitycznego w migdałkach należy stosować doszczętne ich usunięcie. 5. *Proby* (Lyon): Leczenie ozeny wszczepieniem kawałka ścięgna wołu pod błonę śluzową nosa. W 8-miu operowanych w ten sposób przypadkach otrzymał wybitne polepszenie, utrzymujące się przez 2½ lat.

W dyskusji *Malan* zaznacza, że jest odmiennego zdania co do znaczenia streptoc. hemolitycznego w kryptach migdałka, a *Breyer* stwierdza różnicę w zachowaniu się tych szczepów na zwierzętach i u ludzi, często jeszcze wyniszczonych chorobą. Następnie 6. Dr. *Galand* przedstawi. przypadek włókniaka tchawicy z objawami zwężenia dolnych dróg oddechowych i napadami astmatycznymi od 5-ciu lat. W tracheoskopji dolnej wycięto guz ten bez więk-

szych trudności — poczym wyleczenie. Autor wskazuje na konieczność badania endoskopowego dolnych dróg oddechowych w wypadkach zaburzeń oddychania o cechach astmatycznych. 7. *Van Caneghem* (Bruges) opisał przypadek fibrosarcoma, wychodzącego z kości nosowej u osobnika młodego, który cechował szybki wzrost oraz niedrożność całkowita nosa. Leczenie radem z wynikiem pomyślnym. 8. *M. Kuhn* i *Rebattu* z Lyonu referowali o przypadku pluskiewki, wydobytej w endoskopji 10-cioletniego dziecka. Pluskiewka ta leżała na rozwidleniu oskrzela dolnego prawego przez 19 miesięcy. Dopiero po kilkakrotnem usunięciu ziarniny z oskrzela i pokonaniu jego zwężenia zdołano ciało to wydostać na zewnątrz, pod kontrolą rentgena, poczym wyzdrowienie. W dyskusji *Soulas, Tapia* i *Eeman* podnoszą wielką tolerancję ścian oskrzeli na ciała metaliczne, nawet kiedy one skaleczą śluzówkę oskrzeli nie przychodzi do groźniejszych powikłań ze strony płuc. 9. *Le-Mée* i *P. Bernard* przedstawili wyniki badań rentgenol. wyrostków sutkowych u osesków i dzieci. zaznaczając, że miejscem orjentacyjnym w rentgenogramach ucha w tym wieku jest blok błędnikowy i krawędź przednia zatoki esowatej. 10) *Thientpont* (Antwerpia) mówił o radjognostyce przewlekłych zapaleń ucha środkowego na podstawie badań szeregu przypadków ropnych zapaleń ucha środkowego przyczym wskazał na znaczenie prognostyczne i lecznicze radiografji w tych wypadkach. 11) *Le-Mée* mówił na temat leczenia stanów zapalnych ostrych i przewlekłych zatoki szczękowej drogą wewnątrznosową. Opierając się na spostrzeżeniach autorów amerykańskich i własnych autor zaleca leczenie zachowawcze stanów zapalnych zatoki szczękowej od strony nosa z pominięciem zabiegów doszczętnych *(Calduell-Luca* i *Denkera)*. W tych wypadkach autor wykonuje szeroki drenaż zatoki Highmora przez resekcję jak najdalej idącą ściany przewodu dolnego nosa bez naruszenia muszli dolnej t zw. p. autora „antrostomie endonasale“ przez którą ropa może się całkowicie wydzielić na zewnątrz. Drenaż ten wykonuje autor wcześnie, t. j. na trzeci dzień od początku zapalenia. W pierwszych dniach wykonuje autor najpierw aspirację treści ropnej przez ten otwór, zostawiając płukanie środkami antyseptycznymi (słabymi) na później. 12. *Aubin* (Paryż) przedstawił przypadek ciała obcego z przebiciem ściany bocznej przełyku i wytworzeniem się ropnia około przełykowego, który usunięto i drenowano na drodze esophagotomji zewnętrznej. W rozpoznaniu różniczkowym kładzie nacisk na rent-

genografję kontrastową przy pomocy papki barowej, ciał obcych przepuszczających prom. X, które zatrzymują papkę na wysokości ich uwięźnięcia dając wyraźny cień na zdjęciu. Obecność bólu i utrzymywanie się tegoż bólu miejscowego na szyji, względnie górnej części mostka, promieniującego ku tyłowi, zwłaszcza przy połykaniu. Autor zauważył w tych wypadkach skurcz spastyczny górnej części przełyku. Co się zaś tyczy techniki wykonania ezophagostomji zewn. zaznacza, że często wykonywał ją w znieczuleniu miejscowem, wkładając zaraz po rozcięciu przełyku sondę i obtamponowując dokładnie dolną część rany w celu zabezpieczenia się przed wystąpieniem mediastinitis.

Z imprez towarzyskich wspomnieć należy o 3-ch rautach (1-szy w dniu otwarcia zjazdu w hotelu *Résidénce Palace,* wydany p. prezesa *Buysa,* oraz dwóch następnych w hotelu *Métropol,* p. T-wo. Otolar. belgijskie i w restauracji paw. *Bon-Mraché* na wystawie międzynarodowej, gdzie uroku dodawało niezwykle piękne oświetlenie reflektorami i lampionami ogrodu restauracyjnego. Na wszystkich tych bankietach był obecny min. oświaty *Bovesse* jako reprezentant króla. Na zakończenie odbyła się wspólna wycieczka autokarami do pobliskiego Louvain, gdzie zwiedzono ratusz, katedrę, bibliotekę i liczne dzieła sztuki. Żegnając zjazd w gorących słowach zwrócił się prof. *Buys* do wszystkich uczestników, dziękując za tak liczny udział. W przemówieniu swym podkreślił: „Notre Union Latine est bien vivante, ardente au travail, conservatrice de nos traditions et de nos amitiés, lorqu'elle est inspirée à la fois par la science, l'art et la pitié. En insitant sur les raisons multiples qui nous unissent, nous avons voulu démontrer que ce Congrès été le magnifique Congrès, celui ou le travail été facilité par l'Union morale...

Oceny:

J. Terracol: Les Maladies des fosses nasales. — av. collaboration des Prof.: J. Delmas, J. Margarot, P. Lamarque et MM. A. Debidour, Ch. Dejean, H. L. Guibert, J. Tarneaud, str. 554, fig. 223 w tekście fr. 110, ed. Masson & Cie. Paris.

Podręcznik przeznaczony do użytku lek. specjalistów zawiera wyczerpujące omówienie patologji i terapji chorób nosa i zatok bocznych. Osobny rozdział poświęca autor omówieniu zagadnień związanych z upośledzeniem drożności nosa, zaburzeniami naczynioruchowymi, alergicznymi oraz bólami głowy pochodzenia nosowego i ich leczeniu. W każdym rozdziale zwraca autor uwagę

na stosunek wymienionych zaburzeń do schorzeń ogólnych ustroju i stąd wypływające ich leczenie djetetyczno-klimatyczne i uzdrowiskowe. Obszerny rozdział zawiera opracowanie zmian i zaburzeń w systemie nerwowym oraz narządzie wzrokowym, które stoją w związku ze stanami zapalnymi i nowotworowymi w nosie i zatokach bocznych nosa. Dział leczenia operacyjnego nosa i zatok bocznych potraktowany obszernie, ilustrowany bogato doborowymi rysunkami w tekście, daje możność czytelnikowi szybkiego zorjentowania się w trudnych i zawiłych kwestjach i temsamem stanowi cenny podręcznik dla lekarza praktyka.

A. L.

G. Laurens — M. Aubry: Chirurgie de l'oreille du nez, du pharynx et du larynx — 3me ed. str. 1075 i 786 fig. w tekście — 150 fr. Masson & Cie. Paris.

Podręcznik dla lekarzy o chorobach nosa, gardła, krtani i uszu oraz sposobach ich leczenia operacyjnego. Wszystkie zabiegi operacyjne są przedstawione doskonałymi rysunkami w teście aż do najdrobniejszych szczegółów. Każdy rozdział zawiera dokładny opis zmian chorobowych we wspomnianych odcinkach górnych dróg oddechowych i narządzie słuchowym jak również ich rozpoznanie różniczkowe na podstawie badania klinicznego. Następnie podają autorzy wskazania i przeciwskazania do leczenia operacyjnego, technikę poszczególnych zabiegów, ich wyniki oraz powikłania pooperacyjne. Oprócz zabiegów klasycznych na zatokach bocznych nosa, plastyki nosa zewnętrznego, tonsillo-i-ectomji, laryngofisury, operacyj typowych na wyrostku sutkowym zawiera nadto omówienie nowszych sposobów leczenia zachowawczego i operacyjnego a mianowicie: powikłania wewnątrzczaszkowe, wychodzące z ucha były przedmiotem wieloletnich studjów, to też wnioski autorów zwłaszcza co do wskazań i szczegółów postępowania operacyjnego oparte są na bogatym materjale leczenia chirurgicznego zawrotów głowy pochodzenia usznego, guzów nerwu VIII-go, nowotworów ucha, szczęki górnej, nosa, gardła, krtani. Również nowsze sposoby thyreotomji i częściowego wycięcia krtani, ustalenia pośrodkowego strun głosowych przy porażeniach m. crico-arythen. postic., operacje uchyłków gardła dolnego i przełyku, znalazły tu należyte i krytyczne omówienie. Ze względu na wyczerpujące opracowanie najważniejszych rozdziałów oto-laryngologji, dokładne przedstawienie techniki zabiegów operacyjnych z dziedziny naszej specjalności, jak również łatwy styl, dzieło to znajdzie niewątpliwie takie rozpowszechnienie podobnie jak Precis d'O. R. L. wydany przed kilku laty przez tegoż autora.

A. L.

A. Sargon: Nez et oeil: Retentissément des affections du nez sur l'appareil orbito-oculaire. Str. 496. Wyd. Selection med. et scientifique. Arch. hospitalieres 1936.

Na podstawie bogatego materjału zebranego z kazuistyki własnej jak również i kliniki ocznej prof. Rolleta i Bonneta w Lyonie w ciągu 30-tu lat, autor wyjaśnił szereg zagadnień dotyczących zwłaszcza wpływu drażnienia błony śluzowej nosa oraz zabiegów wewnątrznosowych na ciśnienie w naczyniach siatkówki oraz na nerwy ruchowe i mięśnie gałki ocznej. Duży rozdział poświęca autor powikłaniom oczodołowym i nerwu ocznego w przebiegu ropnych zapa-

leń zatok bocznych nosa, które według badań autora powstaje wskutek przejścia procesu zapalnego przez cieńką ściankę oczodołową jak również drogą naczyń kominikujących i pni nerwowych. Patogeneza i obraz tych powikłań zostały wzbogacone przez nowsze badania, stwierdzające stosunkowo wczesny rozwój zatok sitowych u dziecka oraz różny stopień powietrzności zatok sitowych tylnych, mających bezpośredni wpływ na nerw oczny. W ostatnich czasach zwrócono szczególniejszą uwagę na częstość powikłań ze strony nerwu ocznego przy schorzeniach ostrych i przewlekłych zatok bocznych nosa, jak również na racjonalny i skuteczny sposób ich leczenia. Zapalenia ostre i przewlekłe zatok sitowych i czołowych mogą wywoływać wpierw tzw. etat fluxionnaire powiek i oczodołu, który ustępuje stosunkowo łatwo. Powikłania zaś głębsze w postaci flegmony oczodołu wymagają zabiegu operacyjnego radykalnego od zewnątrz. Z badań autora wynika, że powikłania ze strony nerwu ocznego stoją w odwrotnym stosunku do zmian chorobowych błony śluzowej nosa i zatok bocznych, leczenie miejscowe zmian nieżytowych na błonie śluzowej nosa wywiera zawsze korzystny wpływ na powikłania ze strony nerwu ocznego. To zagadnienie omawia autor w rozdziale drugim. W następnym rozdziale rozpatruje urazy nosa, zatok bocznych i sposoby ich leczenia, dalej nowotwory zatok bocznych nosa, przechodzące w kierunku do oczodołu oraz ich leczenie operacyjne i radem. Wpływ schorzeń nosa na układ współczulny, nerw trójdzielny, zwój podniebienno-klinowy, oraz na czynność mięśni gałki ocznej potraktowany obszernie na podstawie badań doświadczalnych i własnych spostrzeżeń klinicznych. Zwięzły ten podręcznik daje rynologowi możność szybkiego orjentowania się w powikłaniach po zabiegach operacynjych w nosie, co do wyboru metod leczenia zachowawczego i operacyjnego schorzeń ostrych i przewlekłych nosa i zatok bocznych. Nadto stanowi on pewnego rodzaju encyklopedję w rozpoznawaniu i ocenianiu bliższych i dalszych następstw wspomnianych schorzeń nosa.

A. L.

Jean Leroux-Robert: Les epithéliomas intralaryngés. Formes anatomocliniques, voies d'extension. Etudes comparées, Clinique, radiographique et anatomo-topographique. Préface p. A. Hautant. Str. 936, fig. 45.

Badania autora opierają się na 60-ciu przypadkach raka krtani leczonych na oddziele Hautanta (Hôp. Tenon) z których wycinki pobierano bądź zewnątrzkrtaniowo, na drodze thyreotomji, względnie wycięcia częściowego krtani (spos. Hautant-Ombredana). Autor rozróżnia następujące typy raków wewnątrzkrtaniowych: 1. typ przedsionkowy, 2. typ kieszonkowy, 3. rak wychodzący ze struny głosowej, 4. typ podgłośnikowy. Każdy z tych typów jest przedstawiony w obrazie laryngoskopowym, rentgenologicznym oraz rysunkiem szematycznym w dwuch płaszczyznach: poziomej i pionowej z dołączeniem obrazu histologicznego odpowiedniego wycinka. Wybór metody postępowania leczniczego uzależnia autor od rodzaju nowotworu oraz jego lokalizacji w tem znaczeniu, że typ ca spinocellulare i keratodes, wychodzący ze struny głosowej wzgl. okolicy podgłośniowej radzi usuwać na drodze laryngofissury, względnie częściowego wycięcia krtani. O wyborze metody postępowania chirurgicznego decyduje również lokalizacja nowotworu na drodze rentgenologicznej, której

szczegółowemu omówieniu autor poświęca duży rozdział. W pracy tej autor uzasadnia konieczność określenia rozległości nacieku nowotworowego przed zabiegiem operacyjnym na drodze rentgenologicznej jako „conditio sine qua" do wskazań i prognozy chirurgicznego leczenia nowotworów krtaniowych.

A. L.

G. Canuyt — Ch. Wild: Le traitement des hemorragies et la transfusion d'urgence en Oto-Rhino-Laryngologie. Str. 206, 10 figur. 35 fr. Masson et Cie. Paris.

Z punktu widzenia klinicznego autor dzieli krwienia z górnych dróg oddechowych na takie, które powstają po zabiegach chirurgicznych i na samoistne z przyczyn wewnętrznych. Do tych ostatnich zalicza przedewszystkiem hemofilję i skazy krwiotoczne, wywołane zaburzeniami żołądkowymi. Dokładne ich rozpoznanie kliniczne jest konieczne dla racjonalnego leczenia krwawień z nosa i gardła. W wypadkach krwawień samoistnych na tle skaz ustrojowych autor stosuje przedewszystkiem leczenie ogólne przy pomocy transfuzji krwi w małych ilościach 100—150 c^3, która zdaniem Hedona działa w tych wypadkach silniej hemostatycznie aniżeli jakakolwiek inna surowica. Zwłaszcza w ciężkich krwawieniach transfuzja krwi działa najszybciej i jako najpewniejszy środek hemostatyczny. Równocześnie uzupełnia ona ubytki nawet dość znaczne krwi. Następnie przytacza autor szereg doświadczeń własnych na zwierzętach odnośnie do tego zagadnienia. W dalszym ciągu omawia sposoby miejscowego tamowania krwawienia przy pomocy przyżegań, elektrokoagulacji, odłuszczenia śluzówki i t. p. Ze względu na częstość i ciężkość występowania krwawień należy we wszystkich szpitalach i klinikach mieć już gotowe stacje transfuzyjne z dokładną ewidencją dawców, żeby każdej chwili móc zabieg ten szybko zastosować. W związku z tem przytacza cały szereg sposobów zapobiegawczych, jak wprowadzanie dożylne Ca i środków styptycznych, żelatyny na wewnątrz oraz naświetlań rentgenol. śledziony, śródpiersia i szpiku kości długich, celem bezpośredniego pobudzenia układu siateczkowo-śródbłonkowego. Książka ta ujmuje obszernie w tytule wymienione zagadnienie to też stanowi cenny podręcznik w tym zakresie, przeznaczony do użytku praktycznego nietylko otolaryngologów lecz także chirurgów.

A. L.

Jean Piquet: Les abcès cérébraux et leur traitement. Str. 152. + 2 tabl. 22 fr. Masson et Cie. Paris.

Studjum oparte na kazuistyce własnej ropni mózgowych pochodzenia usznego, powikłań z zatok czołowych, wskutek urazów w głowę, oraz zakażeń ropnych odległych, których opis ogólny stanowi treść I-go rozdziału. W następnych rozdziałach II-gim i III-cim zajmuje się patogenezą, anatomią patologiczną i bakterjologią wspomnianych ropni w odniesieniu do poszczególnych ich form i rodzajów. Objawy kliniczne a w szczególności ich 4 stadia tj.: okres latencji, prodromów, objawów wyraźnych i końcowych omawia szczegółowo w rozdziale IV-tym. V-ty wreszcie rozdział poświęcony jest diagnostyce różniczkowej ropni mózg. typowych i encephalitów rozlanych nieropnych. W końcu zajmuje się opisem różnych sposobów leczniczych tych ropni. Monografia

ta jakkolwiek ujmuje dość zwięźle poruszone w niej zagadnienia, stanowi niemniej cenny przyczynek do diagnostyki i leczenia ropni mózgowych zarówno dla otolaryngologa jak i chirurga.

A. L.

Robert Randu. O stanach gorączkowych pochodzenia adenoidalnego w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego. (De la fièvre adénoidienne au cours de l'otite moyenne aiguë). Les annales d'oto-laryng. 1934. N. 4.

M. Aubry pierwszy zwrócił uwagę na niebezpieczeństwo wczesnej trepanacji wyrostka sutkowego z powodu przedłużającej się temperatury, która może utrzymywać się z następujących przyczyn: 1. z zapalenia niedojrzałego ucha środkowego. Chory któremu wykonano wczesną parantezę (w 1 lub 2 dniu) może przez kilka dni gorączkować. Jest to objaw normalny, a stosowanie nazajutrz trepanacji jest brakiem wiedzy; 2. z podwyższenia temperatury spowodowanej chorobami zakaźnemi; 3. z reakcji gruczołów szyjnych; 4. z zakażenia jamy nosowo-gardłowej.

Ten ostatni wypadek można zastosować w szczególności u dzieci, u których ostre zapalenie adenoidu predysponuje do wszelkich schorzeń ucha. Począwszy od roku 1926 autor rozróżnia mniej często spotykaną formę kliniczną ostrego przedłużonego zapalenia adenoidu. Cechuje się ono charakterystyczną temperaturą o typie septycznym z dużymi wahaniami nieregularnymi, które mogą trwać 2—4 tygodnie. Te przypadki autor zaleca leczyć uciskaniem palcem jamy nosowogardłowej, pod wpływem czego temperatura spada po 24—36 godzinach. dzięki otwarciu zbiorowisk ropnych międzykomórkowych. W przypadkach zapalenia ucha środkowego i zapalenia adenoidu trudno jest ustalić, które z tych schorzeń powoduje temperaturę. W praktyce temperatura wywołana zapaleniem ucha środkowego opada nagle w 2, 3 lub 4 dniu po samoistnym. względnie sztucznym otwarciu jamy bębenkowej. Natomiast jeżeli pod koniec drugiego dnia temperatura nie wykazuje tendencji do obniżenia należy wykonać uciskanie palcem jamy nosowo-gardłowej przed zastosowaniem ponownej paracentezy, lub trepanacji wyrostka sutkowego.

Autor przytacza pięć przypadków własnych wyleczonych powyższą metodą i dochodzi do następujących wniosków: W przebiegu zapalenia ucha środkowego ostrego u dzieci, przedłużająca się temperatura po otwarciu jamy bębenkowej nie zawsze jest pochodzenia usznego, ani też wywołana powikłaniem wyrostka sutkowego. Należy wtedy myśleć o ostrem zapaleniu adenoidu, czego dowodem będzie skuteczność ucisku palcem jamy nosowogardłowej. Ucisk ten nie tylko ma znaczenie terapeutyczne, ale także diagnostyczne, często bowiem chroni przed trepanacją wyrostka sutkowego.

A. Radzymiński.

H. Lob, R. Feldstein. W sprawie leczenia nosicieli laseczek błonnicy. (A propos du traitement des porteurs de germes diphtériques). Les Annal. d'oto-laryng. 1936. N. 4.

Autorzy przytaczają liczne metody i środki lecznicze jakie do tej pory medycyna stosowała, aby uwolnić nosicieli od laseczek błonnicy. Wymieniają różne środki biologiczne jak surowicę, wakcynę; fizyczne-gorące powietrze, pro-

mienie rentgenowskie, ultra-fioletowe, a przedewszystkiem płukanie wodą selcerską i chemiczny-roztwór jodu, Dakin, azotan srebra, błękit metylenowy. Prócz tego wspominają o metodzie leczniczej polegającej na przebywaniu w czystym powietrzu na otwartym polu. Wszystkie jednakże te środki i metody nie były skuteczne. Dopiero Clément pierwszy podał prosty środek jakim jest płyn Bonain'a. Autorzy wypróbowali skuteczność tego płynu przepłukując nim nos i krypty migdałków u nosicieli dyfterii. Obserwacje ich doprowadziły do następujących wniosków: po bardzo dokładnym przemyciu nosa i krypt migdałkowych płynem Bonain'a spostrzega się zwiększoną reakcję leukocytarną w czasie 24 godzin, wystarczy 2 lub 3 krotne przemycie aby uwolnić nosiciela od laseczek błonnicy.

A. Radzymiński.

Ratenberg i Markon. O leczeniu zapalenia bocznych zatok nosa diatermią. (Wiestnik Sowieckoj Oto-rino-łaringołogii. Nr. 3. 1934).

Przy leczeniu zapalenia zatok są stosowane różne metody: zabiegi chirurgiczne, swobodny odpływ wydzieliny, z leków: kokainę, adrenalinę, mentol. protargol, argyrol, chlorek cynku itd., wreszcie kompresy, lampy Minina, świetlną wannę Brünnings'a, solux. Wielkie nadzieje pokładano na leczenie operacyjne (stąd b. liczne metody operacyjne na zatokach), a jednak są takie stany, gdzie leczenie to nie daje żadnych rezultatów; aby to zrozumieć autorzy przytaczają poglądy Wojaczka, który mówi, że tylko miejscowych schorzeń niema, wszystkie schorzenia są przejawem ogólnego stanu. Tak więc dla przykładu: wielu uważa, że sinuitis, to następstwo schorzeń nosa, a Wojaczek mówi, że to jeden z objawów ogólnej dystrofii. Aby mówić o ogólnej dystrofii. trzeba umieć rozróżnić formy ogólnej i miejscowej konstytucji. Naprz. 1. konstyt. migdalkowa albo adenoidalna. 2. Dystrofia górnych dróg oddechowych (polipy, atrofia). Coprawda wyżej wskazane stany organizmu nie zawsze łatwo określić.

Otóż doświadczenia wykazały, że operacje na zatokach przy dystrofiach są mało efektowne, a nawet czasami pogarszają proces, dają często nawroty. Po przebadaniu szeregu metod leczniczych okazało się, że przy dystrofii najbardziej trafnym jest leczenie diatermią. Diatermia, jak wiadomo, daje głębokie przegrzewanie z następczą, długotrwałą czynną hyperemią. Autorowie dzielą swoje przypadki zapal. zatok na 2 grupy: 1. bez rażących obiawów dystrof. ze strony nosa (te dawały duży procent wyleczenia), 2. z rażącymi obiaw. dystrofii ze strony nosa (polipowatość, atrofia); te wymagają długiego leczenia, często należy powtórzyć po 1½—2 miesięczn. przerwie. Polepszenie, w zależności od ciężkości przypadków, następuje po 5—10 posiedzeniach. Stosują około 20—30 posiedzeń. które, szczególnie przy rażących dystrofiach, można przeprowadzać codziennie. Przy stosowaniu diatermii innej terapii nie przeprowadza się.

P. Czeladzin.

Suprunow. Rezultaty chirurgicznego leczenia ozeny. (Wiestnik Sowieckoj Oto-rino-łaringołogii. Nr. 3. 1934).

Większość chirurgicznych metod dąży do zwężenia jam nosowych. W Klinice Kubańskiego Med. Instytutu od r. 1920 leczę ozenę, transplantując tk. tłu-

szczową. Metoda postępowania następująca: nacina się bł. śluzową górnej szczęki w miejscu jej przejścia w bł. śluzową górnej wargi, długości od jednego kła jednej strony do tegoż zęba strony przeciwnej, oddziela się bł. śluzową od okostnej i obnaża się apertura pyriformis, następnie odseparowuje się błonę śluzową od kości bocznej ściany nosa z obu stron na wysokości przewodu nosowego dolnego wzdłuż jego przebiegu aż do jamy nosowo-gardłowej po dnie nosa. W ten sposób otrzymany tunel wypełnia się kawałkami tk. tłuszczowej, wziętej z biodra chorego, ranę zaszywa się. W pierwszych dniach po zabiegu obrzęk, podniesiona ciepł. ciała. Chorzy wypisują się na 7—8 dzień. Tak od r. 1926 do początku 1931 zoperowano 91 chorych, 3 przyp. z powikłaniem (periostit. górnej szczęki, otitis media i erysipelas), w 5 przyp. infekc. in plantatu. Operacji podlegali chorzy ze wszystkimi oznakami ozeny. Autor rozróżnia 2 kategorie: 1. z atrofią tylko bł. śluzowej, 2. z atrofią błony śluzowej i kostnej części. W jednej i drugiej kategorii — strupy i swoista woń. Rezultaty pooperac. w I kateg. były lepsze, niż w II. A naogół z 29 operowanych chorych było: z wynikiem dobrym 7, czyli 24%, z wynik. dostatecznym 9, czyli 31%, bez rezultatu 13, czyli 44,1%, a więc powodzenie zabiegu w 55,1%. Za dobry rezultat uważano: zniknięcie strupów i woni, przywrócenie powonienia, polepszenie pamięci, brak bólów głowy. Za dostateczny nieznaczna ilość strupów i wreszcie wypadki bez rezultatu.

W n i o s k i: Leczenie ozeny pomniejszeniem jam nosowych daje stałe, dobre rezultaty, najlepszy efekt — we wczesnych okresach choroby; 2. Metoda transplantacji tłuszczu jest najprostsza i najmniej traumatyzująca.

P. Czeladzin.

M. Filipow. O racjonalizacji wskazań do antrotomii i o mianownictwie zapaleń wyrostka sutkowego. (Żurnał usznych, nosowych i gardłowych boleznicj) 1935, 12, Nr. 13.

Autor uważa, że przy stawianiu wskazań do antrotomii należy szeroko indywidualizować przypadki. Jeżeli ma się z ropniem wyrostka sutkowego do czynienia przy nieznacznej ilości ropy w uchu środkowym, bez wypuklenia błony bębenkowej — należy ognisko ropne otworzyć, lecz jeśli nie prowadzi ono do antrum można ostatniego nie otwierać. Taką operację autor proponuje nazwać „Otwarciem wyrostka sutkowego zwykłym". Jeżeli w czasie zabiegu znajduję się tkankę kostną wybitnie zapalnie zmienioną, przypominającą miękką bezkształtną masę należy szeroko operować w obrębie tkanki zdrowej; autor proponuje nazwać taki zabieg „Otwarciem wyrostka sutkowego szerokiem" lub „mastoidotomią". Jeżeli w czasie operacji stwierdza się tylko nieznaczne zmiany w komórkach wyrostka sutkowego, zaś w antrum znajduje się ropa pod ciśnieniem, należy szeroko otworzyć antrum. Ten zabieg autor nazywa antrotomią. Jeżeli chodzi o ustalenie terminu operacyjnego wkroczenia, autor uważa, że nie należy się zbytnio spieszyć z operacją, gdyż lepsze wyniki się osięgnie, pozwalając na dojrzewanie procesu zapalnego t. j. na wytworzeniu się wału ochronnego naokoło ogniska zapalnego. Poza tym należy się kierować przebiegiem klinicznym i nasileniem objawów chorobowych. W 1 dekadzie, licząc od początku zachorowania na zapalenie ucha środkowego, należy operować tylko przy wybitnym narastaniu objawów chorobowych; natomiast

w łagodniejszym i uporczywym przebiegu wkroczenie jest wskazane w IV lub V dekadzie, kiedy proces chorobowy już dojrzał. Dla atypowych postaci zapaleń wyrostka sutkowego autor proponuje następujące terminy: 1. „Zapalenie wyrostka sutkowego zamaskowane", będzie wówczas, kiedy się nie da ono klinicznie rozpoznać, lecz dopiero w czasie próbnej trepanacji lub sekcji. 2. „Zapalenie wyrostka sutkowego suche" — przebiegające wogóle bez ropotoku usznego, albo też poprzedzane ropotokiem, który już ustał. 3. „Zapalenie wyrostka sutkowego późne" — rozwijające się w 2—2½ miesięcy od początku ropnego zapalenia ucha środkowego, a nie jak to zwykle bywa w III lub IV tygodniu. Wreszcie 4. „Zapalenie wyrostka przerzutowe" powstałe jako powikłanie procesu ropnicowego w ustroju, przyczym może ono przebiegać jako postać sucha t. j. atakować wyłącznie wyrostek sutkowy bez zajęcia jamy bębenkowej.

B. Prużański.

B. Griessmann. Niebezpieczeństwa miejscowego znieczulenia i propozycje zaradcze. (Archiv f. Ohr. Nas. u. Kehlk-heilkunde 139 B. 14).

Jedna z przyczyn nieszczęśliwych wypadków to wprowadzenie środka znieczulającego do krwiobiegu zależne od wadliwości używanych igieł rwących niekłute tkanki. Takie wyrwane kawałki tkanek zainfekowanych, pędzone prądem środka znieczulającego prowadzić mogą do rozległych flegmon. Trafienie w żyły okołomigdałkowe połączone z zerwaniem ich ścian i zainfekowanych tkanek może dać zapalenie lub ropień płuc. Z drugiej strony tak wyrwany płatek tkanki zaczopowuje igłę, i pomimo, iż się jest w naczyniu krwionośnym, krew przy próbie pociągania tłoku strzykawki wstecz nie wypływa, wprowadzając w błąd operatora. Autor proponuje własną igłę litą z przodu, z bocznym otworem w rowku, co uniemożliwia wyrwanie płatka. Grubość igły 1 mm. Technika: po powierzchownej infiltracji wkłuwa się igłę do tkanki; po wytworzeniu ujemnego ciśnienia w strzykawce przesuwa się igłę głębiej do zamierzonej głębokości, jeśli krew się nie ukazuje w strzykawce, zastrzykuje się środek znieczulający.

B. Tołczyński.

B. Elmenhoff-Nielsen. Przypadek mononucleosis infectiosa z przejściem w agranulocytozę? (Archiv f. Ohr.-Nas. u. Kehlk.-heilkunde 139 B. 14).

Obrazy krwi obu tych schorzeń są podobne do siebie, zawsze występuje tu neutropenia, silniej zaznaczona w agranulocytozie. W obu też przeważają młode postacie — w obrębie układu leukocytowego znaczne przesunięcie na lewo, — układu limfatycznego, przewaga monocytów. Autor przypuszcza, iż dwa te schorzenia, klinicznie tak różne, stanowić mogą dwa różne okresy jednolitej choroby, przedstawiając własny przypadek 44-letniego chorego, który po wyleczeniu go z mononucleosis infectiosa zapadł na agranulocytozę i zmarł. Na sekcji stwierdzono, iż czynność leukopoetyczna szpiku jest tylko obniżona, mimo to obstaje autor za agranulocytozą, gdyż stosowane środki (rentgen, kw. nukleinowy) mogły pobudzić czynniki leukopoetyczne, albowiem obraz krwi był charakterystyczny dla agranulocytozy.

B. Tołczyński.

F. Zöllner, Jena. Wyłuszczenie migdałków, czy przecięcie ropnia około-migdałkowego? (Tonsillektomie oder Incision bei paratonsillärem Abscess? Zeitschr. f. Hals- Nas.- u. Ohrenheilk. 35 Band 5 H. 1934).

Pytanie rozstrzygane przez lekarza praktyka na korzyść otwarcia ropnia winno być zrewidowane przez klinikę ze względu na przypadki przeciągania się leczenia po przecięciu w przeciwstawieniu do dobrych wyników po wyłuszczeniu. Wobec zejść śmiertelnych po wyłuszczeniu w okresie ropnia, autor usiłuje ustalić wskazania do tego zabiegu. Z własnych 91 przypadków w czterech nastąpił po tonsilektomii exitus, który autor kładzie na karb poprzednio istniejących stanów septycznych. Porównywując zachowanie się ciepłoty, widzi się, że spadek ciepłoty po nacięciu ustępuje o wiele częściej, niż po wyłuszczeniu. Przypadki, w których po nacięciu ropnia chory gorączkuje, winne być poddane tonsilektomii. Zabieg ten nie jest bezpieczny, pomimo iż często dobrze jest znoszony, gdyż równie często daje ciężkie powikłania. Autor sądzi, iż do wyleczenia wystarcza zwykłe nacięcie, przestrzega tylko przed tamponadą, warunkującą późniejszą gorączkę. Po ustąpieniu zaś stanu zapalnego migdałki należy wyluszczyć. Omawiając wskazania do zabiegu, autor odróżnia 2 postacie ropnia: jedną, powstającą tuż po anginie, drugą, występującą jednocześnie z nią. Po wykształceniu się ropnia wystarcza zwykłe nacięcie, o ile po upływie ropy ciepłota spada. Jeżeli zaś ciepłota się utrzymuje, obrzmienie nie cofa się i stan ogólny chorego nie jest zadawalniający, wskazane jest wyłuszczenie. W wypadku ropnia nietypowego, umieszczonego poza środkową lub dolną częścią migdałka wskazana jest tonsilektomia, gdyż nacięcie wobec trudności natrafienia na ognisko ropne nie prowadzi do wyleczenia. Lecz w tych razach wyłuszczenie jest trudne wobec obfitych zrostów. Również należy wyłuszczyć migdałki w wypadku ropowicy okołomigdałkowej oraz w wypadku anginy, jeżeli migdałki są punktem wyjścia posocznicy. Autor podkreśla konieczność leczenia klinicznego przypadków posocznicy powstałej po przecięciu ropnia.

B. Tołczyński.

Eickenbusch. Encefalografja i próba adrenalinowa w rozpoznawaniu guzów mózgu. (Encephalographie und Adrenalinsondenversuch bei der Hirntumordiagnose. Zeitschr. f. Hals- Nas.- u. Ohrenheilk. 35 B. 5 H. 1934).

Encefalografia i wentrykulografia są przez pewnych autorów zwalczane z powodu przykrych objawów ubocznych, jak bóle głowy, wymioty, oraz wypadków śmierci. Te ostatnie zdarzają się w wentrykulografii wskutek przekłucia komory mózgowej. W guzach mózgu niezawsze się udaje trafić do komory. Ponieważ guz mózgu zwiększa ciśnienie wewnątrzczaszkowe, chybiona zaś punkcja przez podrażnienie tkanki mózgowej również wzmaga ciśnienie, stąd powstają wypadki śmierci pacjenta. To też poleca się dokonywać przekłucia po stronie wolnej od guza, albowiem guz, uciskając na komorę, uniemożliwia trafienie do niej. Dlatego dużego znaczenia nabiera próba adrenalinowa, którą wprowadził *Muck*, pozwalającą określić, po której stronie jest guz i ułatwiając przez to przekłucie komory.

B. Tołczyński.

Dr. Horst Wullstein. Ziarniniak złośliwy z objawem pierwotnym w migdałku i jego leczenie. (Archiv f. Ohr usw. Heilkunde B. 141).

Pracę patologa Gräffa, z których wynika, że gardłowy pierścień limfatyczny stanowi dość często wrota zakażenia ustroju zarazkiem ziarniniaka złośliwego z wytworzeniem się pierwotnego objawu w gardle i zaatakowaniem sąsiednich gruczołów jeszcze przed uogólnieniem się sprawy, skłaniają do prób chirurgicznego opanowania tego schorzenia i niedopuszczenia do jego generalizacji.

Autor podaje własny przypadek 66-letniego chorego, u którego w 2 miesiące po naświetlaniu powiększonych gruczołów w lewym kącie żuchwy stwierdzono powiększenie migdałka z kraterowatym owrzodzeniem. Rozpoznanie histo-patologiczne wycinka wahało się pomiędzy ziarniniakiem złośliwym a mięsakiem. Choremu wyłuszczono wszystkie dotknięte schorzeniem gruczoły chłonne szyjne, a gdy ich badanie histologiczne dało zupełnie pewne rozpoznanie ziarniniaka złośliwego, wyłuszczono również chory lewy migdałek i pacjenta poddano dwukrotnemu z 3 miesięczną przerwą naświetlaniu promieniami X w dawce 300 R. W ciągu 11 miesięcy autor nie widział nawrotu, wobec czego twierdzi, że, aczkolwiek 11 mies. okres nie wyklucza możliwości nawrotu, tem niemniej wystarcza jako dowód, że chirurgiczne wkroczenie nie wpływa ujemnie na przebieg sprawy chorobowej w sensie przyśpieszenia jej generalizacji.

K. Pigulewski (Wilno).

Dr. Werner Speitel. Wyłuszczenie migdałków z ropniem okołomigdałkowym. (Archiv f. Ohr usw. Heilkunde B. 140).

W latach 1928—1935 wykonano na klinice w Greifswaldzie 374 wyłuszczenia migdałków u chorych z ropniem okołomigdałkowym, przyczym 306 pacjentów poddano jednostronnej i 68 obustronnej tonsillektomii. Na podstawie wyników szczegółowej obserwacji stanu pooperacyjnego chorych (ciepłota, tętno, mocz, obraz krwi, badanie bakterjologiczne ropy, dolegliwości podmiotowe) autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Zabieg jest zupełnie bezpieczny nawet w przypadkach ropnia wikłającego inne cierpienia.

2. Zabieg nie wymaga szczególniejszej tolerancji ze strony pacjenta, bóle pooperacyjne były mniejsze aniżeli zwykle obserwowane po tonsillektomii. 5/6 chorych przestało gorączkować w 4 dniu po zabiegu.

3. Powikłań wskutek samego zabiegu nie obserwowano; dwa przypadki zejścia śmiertelnego dotyczyły chorych, u których już przed zabiegiem istniał stan posocznicowy.

Zabieg, zdaniem autora, winien być wykonywany w każdym przypadku ropnia okołomigdałkowego, gdyż prowadzi do szybkiego opróżnienia ropnia, a jednocześnie opanowuje przewlekłe cierpienie migdałków.

K. Pigulewski (Wilno).

Dr. I. T. Doroszenko. Nowa metoda plastyki ucha zewnętrznego w nabytej atrezji. (Archiv f. Ohr usw. Heilkunde B. 141).

W nabytej z różnych przyczyn atrezji przewodu zewnętrznego, w wypadkach nie wymagających operacji ucha środkowego, autor stosuje zabieg, polegający na:

1. Usunięciu tkanki bliznowatej i odświeżeniu ścian przewodu.

2. Resekcji z przegrody nosa chrząstki z ochrzęstną i śluzówką (chrząstkę przechowuje się w rozczynie fizjologicznym).

3. Wprowadzeniu do przewodu zwiniętej w rurkę chrząstki (śluzówkę do wewnątrz) i tamponadzie przewodu z ol. vaselini.

4. Wycięciu z wargi górnej płata, którym pokrywa się defekt przegrody.

Gojenie przebiega bez ropienia; autor stosował tę metodę w szeregu wypadków z pomyślnym rezultatem. *K. Pigulewski* (Wilno).

Canuyt G. et *Wild Ch.* Postępowanie zapobiegawcze krwawieniom pooperacyjnym. (Le traitement prophylactique des hémorragies post-opératoires). Revue de L. O. Rhinologie, Nr. 2, 1936.

Aby zapobiec krwawieniom należy przestrzec następujących zasad: 1. należy operować na zimno. Migdałki można operować w okresie ropnia, w kilka dni po otwarciu go; 2. nie należy operować kobiet w okresie miesiączkowania; 3. technika operacyjna powinna być precyzyjna; 4. należy przez dokładne zebranie wywiadu oraz przy pomocy badań wynaleźć cierpienie krwi. Autorzy rozróżniają skazy krwotoczne: a) hemofilię, b) hemogenię i c) dyskrazję pochodzenia narządów trzewnych. Autorzy wymieniają cechy biologiczne, kliniczne i laboratoryjne odróżniające te trzy postaci od siebie. Metody mające na celu poprawienie krzepliwości krwi dzielą autorzy na: I. wybiórcze i II. różne. Do grupy pierwszej odnosi się: 1. przetaczanie krwi, które za radą Weila autorzy stosują w następujący sposób: 20—30 ccm krwi w wigilię operacji i 200—300 ccm krwi na godzinę przed operacją. 2. Homohaemoterapia, którą autorzy stosują od wielu lat z dobrym wynikiem. Polega ona na zastrzyknięciu domięśniowym 20—40 ccm krwi osoby zdrowej, niekiłowej. Badanie grup krwi jest zbyteczne. Pierwszy zastrzyk wykonują 24 godziny przed operacją; o ile brak poprawy zastrzykują po raz drugi lub uciekają się do naświetlań. 3. Naświetlanie promieniami rentgena śledziony i dużych naczyń szyi. Zdolność poprawienia krzepliwości krwi przez naświetlania została stwierdzona in vivo i in vitro.

W grupie II autorzy wymieniają: 1. środki farmakologiczne (chlorek wapnia, fermenty wegetatywne). 2. Środki biologiczne (wyciągi gruczołowe z wątroby, śledziony, żołądka i przysadki mózgowej; coagulen i seroterapia.

N. Wołkowyski.

Dr. Max. A. Goldstein. St. Louis. Tyroksyna w leczeniu otosklerozy. The laryngoscope 1936, No. 2.

Gray z Londynu zapoczątkował leczenie otosklerozy tyroksyną. Przypadki Gray'a jak i Goldsteina, byli to pacjenci w średnim wieku u których głuchota datowała się od niedawna (2 lata). Leczenie tyroksyną spowodowało nie tyle poprawę słuchu ile znaczne zmniejszenie się szumów i dzwonień. Tyroksynę, po uprzednim znieczuleniu błony bębenkowej zapomocą 10% roztworu kokainy w olejku anilinowym, zastrzykuje się specjalnie cienką igłą do ucha środkowego. Ukłucia dokonywamy w tylno-dolnym kwadrancie za umbo. Kierunek wkłucia od tyłu ku wewnątrz, ponad brzegiem okienka okrągłego, w ten sposób unika się zadraśnięcia promontorium i możliwości infekcji. Roztwór tyroksyny do zastrzyków przechowuje się w wyjałowionych 4 mm ampułkach o wymiareczkowanej ilości.

Natychmiast po zabiegu pacjent zgina głowę mocno ku tyłowi i ma otwarte usta w przeciągu 5 min. W ten sposób utrudnione jest przejście roztworu przez trąbkę Eustachjusza do jamy nosowo-gardłowej.

M. Danowski.

Dr. John Derezeux Kernau, New York. Szereg przypadków tak zwanej adenomy oskrzeli pomyślnie leczonej diatermją. The laryngoscope 1935, No. 10.

Autor przedstawia 10 przypadków guzów płuc, które wywołały obszerną dyskusję dotyczącą ich leczenia i diagnozy. Mikroskopowo przedstawiają się jako komórki układające się w formie kolumn z tendencją do utkania gruczołowego. Jedni autorzy guzy te zaliczają do raków inni do gruczolaków o niezłośliwym charakterze. Miejscem siedziby tych guzów są główne oskrzela, stąd rozprzestrzeniają się one w kierunku mniejszych oskrzeli a po osiągnięciu znacznej objętości, przechodzą do miąższu płucnego. Guzy te nigdy nie ulegają metastazji. W bronchoskopowym obrazie widzimy je, jako miękkie uszypułowane guzy, dające się poruszać. Guzy owe powodują rozstrzeń oskrzela oraz objawy zatkania. Krwotoki, kaszel, temperatura są dominujące w rozpoznaniu ich. W leczeniu chorurdzy dokonują pneumonectomji. Autor idzie drogą konserwatywną i zaleca w pierwszym rzędzie diatermję. Na 10 przypadkow demonstrowanych, w dwóch przypadkach zastosowano wycięcie płuc z fatalnym wynikiem. W jednym objawy obecności guza zginęły po zastosowaniu promieni X. Dwa wyleczone radem. Reszta w liczbie 5 leczone diatermją dały najpomyślniejsze rezultaty. Czyli na 10 przypadków mamy 20% śmiertelności, spowodowanej przez wycięcie płuca.

Sposób naświetlania diatermją. Główną płytę umieszcza się na piersi pacjenta, drugi długi aplikator drogą bronchoskopji przystawia się do podstawy guza, a gdy odpowiednie miejsce zblednie należy posuwać się do następnych partji.

M. Danowski.

Lyman Richards, M. D. Boston. Studium nad przeświecalnością. Annals of otology, zhinology and laryngology. June 1936, No. 2.

Metoda diafanoskopji dotąd jeszcze nie jest udoskonalona a przez to poddawana ostrej krytyce. Jeżeli zwykły transilluminator Briggs'a wprowadzimy do jamy ustnej, to na świecenie się policzka wpływać będą nietylko te promienie idące wprost do przedniej ściany zatoki szczękowej lecz i te, które odbiją się od przegrody i małżowin nosowych. I tak przy małej obecności ropy lub krwi w zatoce będziemy mieli świecenie się policzka ze względu na owe odbite promienie od przegrody i małżowin nosowych. Dawidsohn zaznaczył, że przy powyższej metodzie należy zwracać uwagę nie na przeświecalność policzka ile na świecenie się źrenicy, bo do niej wpadają tylko te promienie idące na wprost wzdłuż całej zatoki, a nie odbite. W tej metodzie mała ilość ropy już wpływa na zaciemnienie źrenicy. Ten sposób chybia celu przy nieprawidłowościach anatomicznych: ostrołukowe podniebienie, niezwykła wąskość zatok oraz grubość otaczających kości. W postępie ulepszenia diafanoskopji przyczynił się Briggs w 1920 r., który wybrał tz. oczodołowo-podniebienno-policzkową drogę. W jego metodzie lampa była umieszczana w okolicy oczodołu, obserwator notował zaś stopień przeświecalności od strony podniebienia twar-

dego. Ta droga korzystna z tego względu, że promienie przechodziły przez mniej obce tkanki. W ostatnich czasach pracownia wynalazków fizycznych w Czuft i Uniwersytet w Harward udoskonalił metodę przeświecalności wprowadzając przyrząd „transilluminometer". Wzięto zwykły transilluminator Briggs'a zasilany przez prąd o znanym napięciu i trzymano go nad brzegiem oczodołu bliżej wewnętrznego kąta powiek. Druga składowa część to aparat z fotoelektryczną komórką, wkładany był do jamy ustnej i łączył się z cyferblatem (dialem), zaopatrzonym w cyfry od 0 do 10 i ruchomą wskazówką. W razie zupełnej nieprzeświecalności autrum wskazówka dialu wykazuje 10. Została tu obrana oczodołowo-podniebienno-policzkowa droga. Przedostające się promienie poprzez zatokę, idące od transilluminatora, dostają się do komórki fotoelektrycznej i w zależności od ilości promieni wywołują większe lub mniejsze odchylenia wskazówki dialu. W tym sposobie mierzenia przeświecalności, trzeba wziąć pod uwagę gęstość płynu zawartego w zatoce. Przy obecności surowicy przeświecalność będzie największa a przy obecności krwi najmniejsza. Czyli, że transilluminometer jest więcej czuły na odróżnienie jakości płynów niż ich ilości. Przyrząd ten przy obecnej konstrukcji nie może wykazać czy mamy do czynienia z obecnością płynu, czy ze zgrubieniem ścian zatok, ani odróżnić czy w danym przypadku mamy w zatoce dużą ilość surowicy czy małą ilość ropy lub krwi. I dlatego tylko ścisłe porównywanie wyników otrzymanych przez transilluminometer i przez zdjęcie rentgenowskie da nam pewne diagnostyczne dane.

Przyrząd ten pomocny jest tylko przy schorzeniach zatok szczękowych.

M. Danowski.

Ruttin E. O uszkodzeniu narządu słuchu przez farbę ścienną, zawierającą arsen. (Acta Otolaryngologica v. XXIII. Str. 415.

Przypadek dotyczy 30-letniej pacjentki, dotychczas zupełnie zdrowej. Wiosną 1932 r. nagle zachorowała. Bóle głowy, wymioty, zawroty. W czasie zawrotów miała wrażenie, że pokój kręci się dokoła niej. Po 2 dniach ustąpiły wymioty zjawiło się natomiast osłabienie słuchu i brak czucia lewej połowy twarzy. W ciągu 14 dni zastosowano 10 galwanizacji, po których nastąpiła poprawa słuchu, choć znów wystąpiły szumy w uszach. Zawroty głowy, które początkowo były silne, ustąpiły po 14 dniach. Wassermann (—). Układ nerwowy i oczy B. z. Ponieważ pokój był bielony na zielono, a w etiologji nic było nic osobliwego, dokonano zeskrobania ściany i stwierdzono w farbie arsen. Doniesienia o szkodliwości działania farb ściennych na słuch nie było.

Bez badań anatomo-pat. nie można stwierdzić, którego odcinka dotyczyło schorzenie. Wobec sprawnego działania układu przedsionkowego nie wydaje się prawdopodobnem, aby było to uszkodzenie wewnątrzbłędnikowe, a raczej uszkodzenie naczyń z następczym zapaleniem n. ślimakowego, lub też byłaby to neuritis ze zmianami w komórkach zwojów. Na zawartość arsenu w moczu, paznogciach i włosach, o czem donosi Oppenheim, autor nie zwrócił uwagi. W danym przypadku, wobec braku innych przyczyn, należy przyjąć za czynnik wywołujący farbę ścienną, zawierającą związki arsenu.

Świtek (Wilno).

Sprawozdanie z posiedzeń Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Oto-laryngologicznego.

I.

Posiedzenie z dnia 14 listopada 1935 roku.

Po odczytaniu protokółu, sprawozdania prezesa z działalności rocznej, złożenia sprawozdania kasowego i udzieleniu absolutorium, wybrano nowy Wydział Oddziału Krakowskiego P. T. O. w składzie: prezes Dr. *Adolf Schwarzbart,* wiceprezes Dr. *Eugenjusz Klassa-Brunicki,* sekretarz Dr. *Antoni Wadoń.*

Następnie Dr. *Spira* przedstawia przypadek antrotomii u 6-mies. oseska, u którego wykonano później z powodu gorączki odsłonięcie zatoki, lecz zmian w niej nie znaleziono. Również w przebiegu pooperacyjnym wystąpiła u dziecka wysypka, tła jej jednak nie ustalono.

Drugi przypadek demonstrowany przez D-ra *Spirę* dotyczy chorej z gruźlicą krtani, u której po kaustyce diatermią wystąpił obrzęk krtani, połączony z dusznością i zapadem, tak że musiano wykonać tracheotomię. Prelegent wysuwa zagadnienie, czy w myśl dawnych poglądów nie leczyć chorej utrzymaniem tracheostomu.

W dyskusji Doc. Dr. *Miodoński* omawia leczenie gruźlicy krtani, zwłaszcza ignipunkturę i rentgenoterapię. Dr. *Spira* wypowiada się za galwanokaustyką. Dr. *Schwarzbart* podnosi konieczność selekcji w chirurgicznem leczeniu tych chorych zależnie od zmian w innych narządach, stanu ogólnego, albowiem tam, gdzie zmiany w innych narządach nie postępują, galwanokaustyka daje dobre wyniki, zaś przy ciężkich zmianach gruźliczych innych narządów leczenie chirurgiczne gruźlicy krtani zawodzi.

Doc. Dr. *Miodoński* demonstruje chorego z chrypką, kłuciem w krtani od 4 miesięcy, naciekiem zajmującym okolicę prawego fałdu nalewkowo-nagłośniowego, prawej chrząstki nalewkowej i struny wrzekomej, oraz z unieruchomieniem prawej struny prawdziwej. Ze względu na obserwowany podobny obraz przy ciele obcym krtani, posłano chorego do zdjęcia rentgenologicznego z podejrzeniem ciała obcego, które wykazało obecność igły. W bliższem wypytywaniu chorego okazało się, że odczuł po raz pierwszy kłucie w krtani podczas jedzenia chleba. W tracheoskopie odnaleziono koniec igły w ziarninie i usunięto ją. Dr. *Spira* omawia w dyskusji przypadek igły pozaprzełykowo leżącej.

Dalej przedstawia Doc. Dr. *Miodoński* 3 przypadki niedrożności podyfteterytycznej krtani, w których zastosował metodę zwaną „laryngofissura interna", polegająca na rozcinaniu zrostów we wzierniku Haslingera herniotomem wprowadzonym przez tracheostom z następstwem rozszerzaniem czopami Thosta i drenami Pieniążka.

Dr. *Schwarzbart* przedstawia przypadek dziecka z obustronnem zapaleniem ucha środkowego, u którego po 14 dniach okresu bezgorączkowego po opuszczeniu szpitala wystąpiła gorączka do 39 stopni, dreszcze, wymioty, drgawki Jacksonowskie prawostronne z prawostronnem porażeniem ciała, opadnięcia

ściany przewodu słuchowego po lewej stronie, objawy oponowe ze zmianami w płynie mózgowordzeniowym. Wykonano antromastoidektomię, odsłonięto zatokę esowatą i oponę średniej jamy czaszkowej. Znaleziono duże zniszczenie kości wyrostka sutkowego, zgrubienie ścian zatoki, duży zbiornik ropy nad oponą średniej jamy. Ciepłota opadła litycznie aż do zupełnego wyleczenia. Prelegent podkreśla również wpływ dodatni antromastoidektomji na szybkość wyleczenia się sprawy zapalnej w uchu środkowym w porównaniu ze stroną przeciwną.

Demonstracja Doc. Dr. *Miodońskiego* dotyczy chorej lat 24, z wyciekiem 2-tygodniowym z prawego ucha po rocznej przerwie, u której przed tygodniem wystąpiły dreszcze, gorączka, bóle głowy. W dniu przyjęcia na klinikę stwierdzono objawy oponowe, obniżenie ściany przewodu, bolesność uciskową wyrostka sutkowego, perforację błony bębenkowej. Wykonano antromastoidektomię, odsłonęto zatokę i oponę średniej jamy, podczas zabiegu znaleziono duży ropień nadoponowy, zakrzep zatoki. Po 24 godzinach wystąpiły dreszcze, gorączka, zaznaczyły się objawy porażenia połowiczego po przeciwnej stronie. Wygląd chorej i inne cechy wskazywały na obecność ropnia. W czasie powtórnej operacji nacięto oponę, znaleziono pod oponą średniej jamy zbiorowisko ropy, zaś głębiej w płacie skroniowym mózgu częściowo odgraniczony ropień, który następowo setonowano. W przebiegu pooperacyjnym wystąpiło zapalenie ograniczone błędnika. Ze względu na beztlenowcowe cechy ropnia wstrzykiwano salwarsan. Dotąd przebieg dobry.

II.

Posiedzenie z dnia 12 grudnia 1935 roku.

Po przyjęciu protokółu, załtwieniu spraw administracyjnych Dr. *Popek* omawia przypadek, dotyczący żołnierza, który podał w wywiadach, że rzekomo po przebyciu duru brzusznego jest głuchy. Przy badaniu okazało się, że na prawem uchu słuch wynosi 9—10 szeptu, za na lewem 1 m szeptu, natomiast próby obrotowe, galwaniczne i kaloryczne wypadały ujemnie. Przypadek ten jest przykładem, że w orzekaniu głuchoty nie można polegać na próbach błędnikowych, gdyż w pewnych przypadkach może nastąpić wyłączenie błędnika przy zachowaniu funkcji nerwu słuchowego. W tym przypadku nastąpiło prawdopodobnie przerwanie łączności jądra Deitersa z jądrami nerwu okoruchowego.

Dr. *Spira* podnosi rzadkość takiej dyssocjacji, odwrotnie, wyłączenie nerwu słuchowego przy zachowaniu czynności nerwu błędnikowego bywa znacznie częstsze. Dyssocjacja jest najczęściej następstwem kiły lub białaczki. W tym przypadku należałoby za tło raczej przyjąć zapalenie opon mózgowych.

Dr. *Schwarzbart* przedstawia przypadek 7-dniowego zapalenia ucha środkowego w przebiegu anginy z silnymi bólami, gorączką do 39 stopni, obfitym wyciekiem, obrzękiem okolicy wyrostka sutkowego i innemi cechami jego zajęcia, obniżeniem słuchu. W czasie operacji stwierdzono rozległą destrukcję o typie Bezolda. W 2 dni później musiano wykonać nacięcie tkanek poniżej wyrostka sutkowego z powodu powiększającego się nacieku.

Dr. *Spira* podnosi rzadkość tak dużego zniszczenia kości w tak wczesnym okresie zapalenia wyrostka sutkowego, Dr. *Popek* omawia przypadek z podo-

bnie rozległym zniszczeniem operowany w 5 dniu trwania choroby. W tym przypadku było jeszcze zapalenie płuc i nerek.

Następnie demonstruje Dr *Schwarzbart* przypadek chorej z anginą i trwającym od 3 tygodni ropnym zapaleniem ucha, z opadnięciem tylno-górnej ściany przewodu, z naciekłą i obrzmiałą błoną bębenkową, obniżeniem słuchu do 20 cm szeptu. Po ustąpieniu zapalenia migdałków stany podgorączkowe się utrzymywały, narastała leukocytoza badana stale, tak że wykonano zdjęcie rentgenologiczne, które wykazało rozległe zatarcie struktury wyrostka. Zdecydowano się na zabieg, który wykazał rozległe zmiany ku górze i tyłowi, wypełnienie komórek ropą i ziarniną w jamie sutkowej. Z ropy wyhodowano streptococcus haemolyticus. Przypadek jest dowodem, że tylko przy dokładnym badaniu i obserwacji wielu zjawisk w chorym ustroju dochodzi się do dokładnego i właściwego rozpoznania i jakości procesu.

Dr. *Spira* w dyskusji uważa ten przypadek za zapalenie śluzowate ucha środkowego i wyrostka, Dr. *Landauowa* przytacza podobny przypadek z kliniki, Dr. *Grünbaum* podkreśla płynny charakter ropy, sprzeciwiający się śluzowatemu typowi zapalenia.

Dalszy przypadek demonstrowany przez D-ra *Schwarzbarta* dotyczy chorego z obustronnym zapaleniem ucha środkowego, z wykonaną paracentezą po prawej stronie. W 2 tygodnie później, przy przyjęciu do szpitala, stan chorego był bardzo ciężki, ciepłota wynosiła 37 stopni, po prawej stronie znaleziono obniżenie tylno-górnej ściany przewodu, rozległą bolesność wyrostka, po lewej stronie zaczerwienienie błony bębenkowej i tkliwość wyrostka. Po lewej wykonano paracentezę, po prawej antromastoidektomię, przyczem zmiany destrukcyjne były rozległe, sięgały ku tyłowi poza zatoką ku dołowi ku opuszce żyły szyjnej. Odłamkiem skaleczono ścianę zatoki. Po operacji ciepłota opadła, stany podgorączkowe utrzymywały się dość długo. Wyciek z lewego ucha trwał przez 12 dni. Według tego przypadku wydawałoby się, że wczesna paracenteza jest niekorzystna, zwłaszcza że wobec jednakowej zwykle struktury wyrostków, warunki miejscowe tutaj nie odgrywają roli.

W dyskusji nad rolą paracentezy wczesnej czy późnej Dr. *Spira* stwierdza, że trzeba paracentezę robić wcześniej, o ile zaistnieją po temu wskazania, zaś na podstawie materiału z Miejskich Zakładów Sanitarnych w szkarlatynowym zapaleniu ucha środkowego nie widział wpływu paracentezy na zapalenie wyrostka sutkowego. Według poglądów D-ra *Popka* w szkarlatynowym zapaleniu ucha środkowego trzeba robić wczesną paracentezę, zaś późną tylko przy obecności wskazań, jak wpuklenie błony bębenkowej, bolesność wyrostka, gorączka.

Dr. *Grünbaum* uważa ból za wskazanie dq paracentezy.

Dr. *Schwarzbart* podkreśla znaczenie paracentezy dla przyniesienia ulgi choremu przez zniesienie napięcia, uważa paracentezę za wskazaną przy sprawach ropnych, zaś zapalenia surowicze raczej nie dają wskazania do niej.

III.

Posiedzenie z dnia 9 stycznia 1936 roku.

Po przyjęciu protokołu Dr. *Spira* demonstruje przypadek chorego, u którego przed 4 tygodniami wystąpiło obustronne zapalenie ucha środkowego. Po

prawej stronie przekłuto błonę bębenkową, po lewej nastąpiło przebicie samoistne, zaś ostatnio wystąpiły silne bóle głowy i utrzymuje się wyciek z lewego ucha. Stwierdzono po lewej stronie perforację błony ,wyciek, bolesność wyrostka sutkowego. Prawe ucho wygojone. W najbliższych dniach wystąpiły dreszcze i wyskoki ciepłoty do 40 stopni. W czasie zabiegu znaleziono w antrum ziarninę, w kości wyrostka zmiany nieduże, ściany zatoki niezmienione, a tylko w okolicy opuszki komórkę zropniałą i zakrzep w opuszce, żyłę szyjną podwiązano. Po 8 dniach ciepłota opadła, bóle głowy się utrzymywały, w 10 dniu pojawiły się wymioty. W 14 dniu pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym podniosła się do 30 w 1 mm^3. Otwarto opuszkę sposobem Vossa, stwierdzono w niej zakrzepy, nakłucie móżdżku ropnia nie wykazało. W przypadku tym zakrzep powstał w oczach lekarzy, bóle głowy tłumaczyć można zmianami na oponie twardej koło opuszki z następowym uciskiem. Mała krzepliwość krwi wskazywała na wątpliwą prognozę.

W omówieniu tego przypadku Doc. Dr. *Miodoński* podkreśla jako cechy diagnostyce zakrzepu opuszki bolesność przy gwałtownym skręcaniu głowy na stronę zdrową i przy uderzeniu w głowę z góry oraz przytacza przypadek zakrzepu opuszki żyły szyjnej u chłopca 10-letniego, u którego przed 2 laty było zapalenie lewego ucha środkowego, zaś przed 10 dniami pojawił się wyciek ropny z tegoż ucha, bóle za uchem. Przy przyjęciu do kliniki stwierdzono ciepłotę 39 stopni, przechylenie głowy na stronę lewą, silną bolesność przy ruchach biernych głowy, naciek w okolicy lewego wyrostka sutkowego, dochodzący do kąta żuchwy, opadnięcie tylno-górnej ściany przewodu, zaczerwienienie, obrzęk i nacieczenie błony bębenkowej. Wykonano antromastoidektomię, odsłonięto zatokę i opuszkę, w jamie sutkowej znaleziono ziarninę, zaś na granicy opuszki i zatoki ubytek w jej ścianie, z którego wydobywała się ropa. W świetle zatoki i opuszki zakrzep. Usunięto część ściany zatoki aż do pierwszego krwawienia. W tym przypadku zakażenie szło prawdopodobnie drogą komórek hypotympanalnych.

Dr. *Schwarzbart*, Dr. *Grünbaum* i Dr. *Spira* omawiają poglądy na usuwanie względnie pozostawianie zakrzepu zatoki, przyczem ostatni przyłącza się do stanowiska Doc. D-ra *Miodońskiego*, usuwania ściany zatoki aż do miejsca pierwszego krwawienia.

Następny przypadek przedstawiony przez Doc. D-ra *Miodońskiego* dotyczy chłopca 8-letniego z zapaleniem przewlekłem obu uszu po szkarlatynie przebytej w 3 roku życia, częstymi bólami głowy, zaś od tygodnia bólami uszu i utratą przytomności w ostatniej dobie. Poza stanem nieprzytomności, wydawaniem od czasu do czasu ostrego krzyku stwierdzono odgięcie głowy ku tyłowi i na prawo, brak drżenia gałek ocznych, obfity ropotok i ziarninę w obu uszach, powiększenie gruczołów szyjnych, sztywność karku, dodatni odruch łonowy Brudzińskiego,zniesienie odruchu rogówkowego i spojówkowego, szybsze opadanie lewej ręki przy uniesieniu rąk w górę, pleocytozę w płynie mózgowo-rdzeniowym 396 na 1 mm^3. Ze względu na silniejszą bolesność uciskową po prawej stronie i niedowład lewej ręki, najpierw po prawej stronie wykonano attico-antrotomię, znajdując w jamie perlak, zaś na odsłoniętej zatoce i oponie średniej jamy zmian nie było. Podczas zabiegu po lewej stronie ropa z wyrostka wydobywała się pod ciśnieniem. w wyrostku zmiany były duże. Wykonano

atticoantrotomię. Znaleziono w okolicy zatoki ropień epiduralny, na oponie tylnej jamy rozległą ziarninę, przetokę na przewodzie czołowym. Podczas labiryntektomji przy zbliżaniu się do otworu wewnętrznego kanału nerwu słuchowego pojawiła się na móżdżku wśród granulacyj ropa. Po usunięciu ślimaka do jamy ropnia wprowadzono setony. Po 2 dobach chory zaczął odzyskiwać częściowo przytomność, po półtora miesiąca opuścił klinikę. Przez 3 lata niezgłaszania się do kontroli przy utrzymywaniu się wycieku przyszedł z ropniem za uchem prawem, który nacięto, wyłyżeczkowano części miękkie i usunięto perlak z jamy ucha środkowego.

IV.

Posiedzenie z dnia 13 lutego 1936 roku.

Po przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia, Dr. *Popek* przedstawia przypadek twardzieli z naciekami prawej struny wrzekomej, w przodzie poniżej lewej struny prawdziwej oraz w prawym przewodzie nosowym, gdzie badanie histologiczne wycinków nie dało wyniku pewnego, jednak ze względu na typowe zmiany kliniczne i ujemny wynik badań w kierunku gruźlicy i kiły rozpoznanie tej sprawy jest pewne.

Doc. Dr. *Miodoński* uważa wykonanie tracheo- i bronchoskopii za konieczne w każdym przypadku twardzieli, gdyż mimo szczupłych zmian w odcinkach górnych mogą być duże zmiany w tchawicy i oskrzelach, co dla leczenia i przyszłości chorego ma duże znaczenie.

Dr. *Schwarzbart* przedstawia chorego z usuniętym przed rokiem na prowincji guzem szyi, u którego obecnie przyszedł nawrót ze szczękościskiem, ciepłotą do 38 stopni i objawami ogólnego schorzenia. Znaleziono u niego powiększenie gruczołów szyjnych po obu stronach, tworzących po prawej stronie pakiet, naciek zajmujący okolicę prawego migdałka, dołek nadmigdałkowy aż do podniebienia miękkiego, przesunięcie języczka. Wykluczono tło kiłowe, usunięto schorzałe zęby, poczem naciek się zmniejszył, polepszył się stan chorego i ustąpił szczękościsk. W wycinku histologicznie znaleziono Sacroma. Pod wpływem naświetlań rentgenem nowotwór ustępuje.

Doc. Dr. *Miodoński* na podstawie własnych obserwacyj stwierdza, że nowotwory mięsakowe tej okolicy mimo remisyj po rentgeno-terapji postępują.

Dr. *Spira* w swoim materiale widział szybkie ich ustępowanie i brak remisyj po naświetlaniu Rentgenem.

Dr. *Spira* demonstruje chorą z Basedowem, z napadami duszności z powodu obręku podgłośnikowego, przejściowem upośledzeniem ruchomości lewej struny głosowej, naciek i wypuklenie lewej struny wrzekomej, które to zmiany uważa za zapalne.

Dalej Doc. Dr. *Miodoński* pokazuje dwa przypadki operacji radykalnej konserwatywnej.

W dyskusji Dr. *Schwarzbart* i Dr. *Spira* omawiają wskazania do operacji radykalnej zwłaszcza konserwatywnej.

Dr. *Schwarzbart* przedstawia chorego z przewlekłem zapaleniem ucha, z polipem, z zawrotami głowy, dużem upośledzeniem słuchu, wyraźnym objawem przetokowym, zawrotami głowy przy dotknięciu polipa sondą. Po usunię-

ciu polipa nastąpiła recydywa. Obecnie nasuwa się zagadnienie, czy stosować leczenie konserwatywne czy chirurgiczne.

Doc. Dr. *Miodoński* w dalszym ciągu demonstruje przypadek z zapaleniem przewlekłem ucha od 7 lat, z polipami w uchu rodkowym i wyraźnym objawem przetokowym. Obrót w prawo 30 drgnień w ciągu 15 sekund, w lewo 39 drgnień w ciągu 25 sekund. Wykonana attico-antrotomia wykazała ziarninę w uchu środkowem ze zniszczeniem całkowitem kosteczek. Po operacji nie było ani śladu oczopląsu. Operować takie przypadki trzeba, przyczem brak objawów błędnikowych po operacji jest najlepszym probierzem kwalifikacyj operatora. Przy zapaleniu ziarninowem w tych przypadkach Doc. Dr. *Miodoński* nigdy nie stara się odnaleźć przetoki.

Następny przypadek, demonstrowany przez Doc. D-ra *Miodońskiego* odnosi się do chorego z wyciekiem z ucha od 2 lat, z nagłym wystąpieniem zawrotów głowy, wymiotów, szybkim zmniejszaniem się czynności błędnika i zupełnym jego wyłączeniem po 2 dobach. Pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym wynosiła 350 na 1 mm^3. Wykonano labiryntektomię sposobem Vossa, odsłonięto nerw twarzowy i otwór słuchowy wewnętrzny. Płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał przez 2 dni. Po 2 tygodniach pleocytoza spadła do 108 na 1 mm^3. Obecnie porażenie nerwu twarzowego, wywołane jego odsłonięciem ustępuje.

W omawianiu tego przypadku Dr. *Spira* wskazuje na konieczność częstej punkcji lędźwiowej, która może wykazać postępowanie sprawy, zwłaszcza moment przejścia zapalenia z błędnika do opon, Dr. *Scwarzbart* uważa za wskazane badanie leukocytozy, która powinna narastać przy postępowaniu ograniczonego zapalenia błędnika.

W odpowiedzi Doc. Dr. *Miodoński* podkreśla zależność leukocytozy od różnych czynników, przedewszystkiem od sprawy ropnej w uchu środkowym, wobec zaś braku równoległości procesu w wyrostku sutkowym i błędniku nie można się wiele spodziewać z zachowania się leukocytozy.

Dr. *Schwarzbart* podkreśla konieczność stosowania wszystkich metod badania, a więc i leukocytozy, choćby w celu uzyskania kryteriów negatywnych, gdyż tego wymaga dobro chorego. Dziś jeszcze nie można się przekonać o wartości zachowania się leukocytozy przy zapaleniach błędnika.

Ostatni przypadek demonstrowany przez Doc. D-ra *Miodońskiego* dotyczy chorego z wrodzoną przetoką boczną szyi (v. Polski Przegląd Oto-laryngologiczny, T. XII. z. 3—4, str. 335, Dr. A Wadoń: O wrodzonych przetokach i torbielach szyi).

V.

Posiedzenie z dnia 12 marca 1936 roku.

Dr. *Spira* omawia 3 przypadki, dotyczące dzieci, zakażenia krwi usznego pochodzenia bez zakrzepu zatoki. (v. Polski Przegląd Oto-laryngologiczny, T. XII, str. 262: Dr. J. Spira: „O ogólnem zakażeniu pochodzenia usznego bez zajęcia zatok“, przyp. 2, 4, 5).

W dyskusji Doc. Dr. *Miodoński* wskazuje na szerzenie się seps z ucha niekiedy drogami limfatycznymi, jak to stwierdzili Uffenorde, a ostatnio Karbowski, kiedyindziej znowu punktem wyjścia może być zapalenie gruczołów chłonnych głębokich szyi, towarzyszące zapaleniu ucha. Omawia z kliniki przypa-

dek sepsy z przerzutami u dziecka 5-letniego, z ropnym zapaleniem ucha środkowego prawego w 6 dniu po katarze, z naciekiem na grzbiecie lewej stopy w dniu 10-tym choroby, zapaleniem ucha środkowego lewego w 13 dniu choroby i paracentezą tegoż ucha, z ciepłotą przez cały czas do 39 stopni. W 20 dniu nacięto ropień na stopie. W dniu przyjęcia stwierdzono zaczerwienienie obu błon, perforację po prawej stronie, nazajutrz wyciek pojawił się po drugiej stronie. Ciepłota dochodziła do 39,6 stopni. Wykonano obustronną antromastoidektomię, znaleziono destrukcję i ropę w szczytach wyrostków i kątach piramidy, przyczem po lewej stronie zmiany te były większe. Po operacji ciepłota opadła litycznie. W ropie wyhodowano łańcuszkowce.

Dr. *Klassa-Brunicki* omawia obserwowany przypadek sepsy z zapaleniem gruczołów, gdzie ciepłoty w 7 dniu opadły litycznie.

Dr. Grünbaum pokazuje preparat wyciętego migdałka z otorbionym ropniem pozamigdałkowym choremu z nawrotnem zapaleniem wsierdzia.

Doc. Dr. *Miodoński* omawia przypadek wielokrotnego ropnia mózgu i móżdżku u chorego lat 25 z zapaleniem ucha środkowego lewego od kilku lat, zaostrzeniem przed 2 laty, napadem dreszczów i wyskokiem gorączki do 39 stopni przed 9 dniami, bolesnością za uchem, odurzeniem, objawami neurologicznymi częściowo ze strony jamy średniej, częściowo jamy tylnej, pleocytozą 30 na 1 mm^3. W czasie operacji po przecięciu skóry wypłynęła obficie ropa, lecz wystąpiły objawy porażenia ośrodka oddechowego. W czasie sztucznego oddechania odsłonięto zatokę zniszczoną zupełnie i w miejscu największych zmian nacięto oponę i dostano się do jamy ropnia, mimo to chory po 1½ godziny sztucznego oddechania zmarł. Obdukcja wykazała prócz otwartego ropnia lewego płata skroniowego dwa małe, oddzielne lewej półkuli móżdżku. Pokaz preparatu.

Dalsza demonstracja dotyczy przypadku wrodzonej środkowej przetoki szyi (v. Polski Przegląd Oto-laryngologiczny T. XII, zesz. 3—4: Dr. A. Wadoń: „O wrodzonych przetokach i torbielach szyi").

Następnie Doc. Dr. *Miodoński* przedstawia przypadek obustronnego ograniczonego zapalenia błędnika u 36-letniej chorej, z wyciekiem od 15 lat z ucha prawego, bólami w uchu lewem od 4 tygodni, zawrotami głowy przy siąkaniu i pochylaniu się oraz uczuciem kołowania przedmiotów w lewo. Ucisk na oba skrawki dawał oczopląs, ucisk na żyły jarzmowe oczopląs w lewo. Obrót w prawo: 28 drobnych poziomych drgnień w przeciągu 14 sekund, obrót w lewo: 53 drgnień poziomorotacyjnych w przeciągu 21 sekund.

Drugi przypadek dotyczy 16-letniego chłopca z zapaleniem przewlekłym zaostrzającym poszkarlatynowym, zawrotami głowy, osłabieniem, stanami podgorączkowymi, uczuciem uciekania przedmiotów na lewo. W uchu lewym polip, szept przy muszli. Oczopląs spontaniczny czasami I stopnia. Przy skręceniu głowy w lewo występował oczopląs długi, żywy, poziomy w prawo. Chory miał wtedy uczucie poruszania się przedmiotów w rytmie tętna na lewą stronę. Podczas zginania głowy ku tyłowi oczopląs poziomy, gruby w prawo. Przy przejściu z pozycji siedzącej w lekko nachyloną ku przodowi oczopląs poziomo-obrotowy, później poziomy w lewo przez kilka minut. Przy przejściu w pozycji leżącej nawznak oczopląs poziomy w prawo. Ucisk na prawą żyłę szyjną w pozycji leżącej wywołuje żywy poziomy-obrotowy oczopląs w prawo, później w lewo. Ucisk na lewą żyłę szyjną wywołuje taki sam oczopląs, tylko znacznie żywszy. Przy ucisku na lewy oczopląs bardzo żywy, gruby poziomo-

obrotowy w lewo, przy dekompresji w prawo. Próby obrotowe wykazały znaczne osłabienie odczynów z lewego błędnika. W obu przypadkach należy rozpoznać zmiany w pochewce kostnej błędnika „paralabyrinthitis Bénecier-Mayer" oraz objawy przetoki granulacyjnej. Leczenie konserwatywne doprowadziło do ustąpienia objawów błędnikowych, nadto w drugim przypadku słuch bardzo wybitnie się poprawił.

VI.

Posiedzenie z dnia 2 kwietnia 1936 roku.

Dr. *Popek* przedstawia przypadek twardzieli z naciekiem w nosie i w krtani.

W dyskusji nad terapją twardzieli Dr. *Grünbaum* omawia leczenie twardzieli malarją i proteonoterapją, Doc. Dr. *Miodoński* leczenie proteinoterapją i rentgenoterapją.

Następnie Dr. *Schwarzbart* omawia sprawę Ogólnopolskiego Zjazdu Laryngologów, mającego się odbyć z końcem czerwca w Ciechocinku i Zjazdu Wszechsłowiańskiego w Sofji we wrześniu.

Dr. *Grünbaum* przedstawia w zastępstwie Dr. Spiry przypadek chorej operowanej w 3 tygodniu zapalenia ucha środkowego, u której obecnie pojawiły się zawroty i bóle głowy oraz wymioty, dla których wytłumaczenia nie znaleziono mimo przeprowadzenia wszystkich badań.

W dyskusji przyjęto za przyczynę tych dolegliwości pozostałości zapalne w uchu operowanym i zapalenie ucha środkowego po drugiej stronie.

Drugi przypadek przedsatwiony przez D-ra *Grünbauma* odnosi się do chorego z przewlekłym ropnym zapaleniem ucha środkowego, wyrostka sutkowego i ropniem zewnątrzoponowym, u którego Dr. Spira wykonał antrotomię epitympanalną.

Doc. Dr. *Miodoński* przedstawia chorego z twardzielą, u którego przed 8 laty z powodu duszności wykonano tracheotomię. Naciek wówczas zajmował tchawicę i oskrzela. Zastosowano naświetlanie Rentgenem. Obecnie zgłosił się do kliniki z powodu suchości w nosie i krtani. Dziś stwierdza się rozległe blizny i zrosty górnych dróg oddechowych krtani i tchawicy. Oskrzele prawe jest wolne, lewe nieco zwężone.

Drugi przypadek, przedstawiony przez Doc. D-ra *Miodońskiego* dotyczy chorego z wyciekiem ropnym od dzieciństwa, bólami w lewem uchu i za uchem od kilku dni, wymiotami, dreszczami, gorączką do 40 stopni C, naciekiem na grzbiecie lewej stopy, sztywnością karku, pleocytozą 60 na mm, leukocytozą 18 000. Rozpoznano zakażenie krwi z przerzutem na grzbiecie lewej stopy, wykonano podwiązanie żyły szyjnej, attiko-antrotomię, odsłonięto i nacięto zmienioną zatokę, odsłonięto szarą oponę średniej jamy, gdzie znaleziono ropień płatu skroniowego. Następnego dnia pojawiła się aphasia sensoryczna, w 3 dniu ustąpiły bóle głowy i wymioty.

W końcu przedstawia Doc. Dr. *Miodoński* przypadek zaostrzonego przewlekłego zapalenia ucha środkowego z następowym labyrinthitis inductiva (v. protokół posiedzenia z dnia 14. V. br.).

VII.

Posiedzenie z dnia 14 maja 1936 roku.

Dr. *Klassa-Brunicki* omawia 3 przypadki krwotoków migdałkowych. W pierwszym u mężczyzny z anginą Plaut-Vincent wystąpił krwotok migdałkowy i zastosowano wyłuszczenie. Po 3 miesiącach w miejscu blizny wystąpiło owrzodzenie oraz powiększenie gruczołów podszczękowych. W wycinku stwierdzono raka. Po zastosowaniu radu i wyłuszczeniu gruczołów chory ma się dobrze. W drugim przypadku u chorego po zapaleniu migdałków i ropniu okołomigdałkowym wystąpił krwotok z górnego bieguna migdałka. Wytamponowano ranę po nacięciu, w drugim dniu usunięto pierwszy tampon, w piątym dniu wyłuszczono migdałek. W trzecim przypadku w drugim dniu anginy pojawił się gwałtowny krwotok z górnego bieguna migdałka, nacięto w tym przypadku przy górnym biegunie przedni łuk i ranę wytamponowano, usunięto po 24 godzinach pierwszy seton, po 48 godzinach drugi seton. Angina się uspokoiła.

Dr. *Spira* podkreśla rzadkość samoistnych krwotoków migdałkowych. W krwotokach po tonsillotomji stosuje się wyłuszczenie migdałka.

Doc. Dr. *Miodoński* nie uważa rozpoznanie w I-ym przypadku za pewne, bowiem na bokach podstawy języka znajdują się normalnie ogniska, nie dające się odróżnić od raka płaskokomórkowego.

Dr. *Schwarzbart* podnosi, że obecnie coraz częściej spotyka się z wyłuszczeniem migdałków w stanie ostrym zapalnym, zwłaszcza ropnia okołomigdałkowego. Krwawienia samoistne nie są zależne od kalibru naczynia a jedynie od stanu labilności vasomotrycznej. Przy krwotokach pourazowych nosa nie można niekiedy znaleźć naczynia krwawiącego, wówczas stosuje się nacięcie śluzówki i setonowanie jamy po usunięciu ochrzęstnej. Po usunięciu po 48 godzinach setonów następuje zbliznowacenie.

Dr. Popek przytacza przypadek anginy z głęboką ropowicą, z nadżarciem wielkiego naczynia tętniczego, gdzie musiano podwiązać tętnicę szyjną zewnętrzną.

Dr. *Spira* omawia jeszcze raz przypadek przedstawiony przez Dr. *Grünbauma* na poprzednim posiedzeniu, przyczyny objawów pozornie niepokojących dopatruje się częściowo w hysterji, częściowo w przewlekłym zapaleniu migdałków.

Następnie przedstawia Dr. *Spira* chroego z polipem struny głosowej przy spoidle przednim, szeroko uszypułkowanym, chrząstkowato twardym, gdzie wycinek wykazał raka. Wykonał laryngofissurę i usunął ognisko nowotworowe. Obecnie po roku u chorego znajduje się drobny, biały punkcik pod struną głosową, budzący podejrzenie.

W 3 przypadku Dr. *Spiry* u chorej z powodu duszności wywołanej 2 wałowatymi zgrubieniami podgłośniowymi wykonano tracheotomię. W wycinkach znaleziono tylko tkankę włóknistą. Zwężenie rozszerzono czopami Thosta. Zachodzi tu podejrzenie w kierunku twardzieli.

4 przypadek D-ra *Spiry* dotyczy chorego z powiększeniem gruczołów podszczękowych, ślinianek przyusznych, gruczołów łzowych, suchością w ustach, łzawieniem i gorączkami, oraz czystą jajnikową i 2 guzkami w tylnym sklepieniu pochwy. Po zastrzykach mleka nastąpiła poprawa. Prawdopodobnie ma się tutaj do czynienia z chorobą Mikulicza.

W ostatnim przypadku D-ra *Spiry* stwierdzono rentgenologicznie ropień szczytu piramidy. Leczenie operacyjne. Obecnie jest niedowład nerwu twarzowego igłęboka rana za uchem.

Dr. *Schwarzbart* demonstruje chorego po usunięciu z krtani guza wielkości śliwki, zasłaniającego głośnię w 4/5 i wyskakującego przy wydechu. W znieczuleniu miejscowym uchwycił guz szczypcami, założył nań pętlę krtaniową i usunął przez pociąganie wraz z szypułą, która znajdowała się w przedniej ścianie podgardzieli. Histologicznie wykazano utkanie włókniako-tłuszczaka. U tego chorego w 1916 roku wyjął już podobny guz, zaś w drugim przypadku znalazł torbiel wrodzoną krtani.

Doc. Dr. *Miodoński* przedstawia 2 przypadki niezborności dziedzicznej (heredoataxia) u ojca i syna. U syna zaburzenia chodu, objawiające się powłóczeniem nogami, zataczaniem pojawiły się przed 3 łaty. Nadto ma głos drżący i cierpi na cukrzycę. Ojciec od najmłodszych lat nie mógł chodzić, nie mógł wykonywać rękoma dokładniejszych czynności. Otjatrycznie heredoataxia daje objawy błędnikowe, ataksię strun głosowych. W tych przypadkach słuch był nienaruszony. pobudliwość błędnikowa u ojca była obniżona, u syna przy próbie kalorycznej zimnej lewego błędnika występowało podczas oczopląsu zboczenia wskazywania na stronę lewą przy zachowaniu równowagi. Przy próbach kalorycznych zimnych prawego błędnika zbaczania wskazywania i zaburzeń równowagi nie było. W związku z tymi przypadkami omawia Doc. Dr. *Miodoński* zmiany anatomiczne w systemie nerwowym w postaci Friedreicha i postaci móżdżkowej (Marie) jakoteż wszelkie objawy neurologiczne w obu formach niezborności wrodzonej.

Drugi przypadek przedstawiony przez Doc. Dr. *Miodońskiego* dotyczy chorej, która przed dwoma dniami połknęła kość kury i odczuwała silne kłucie przy połykaniu. Laryngoskopowo stwierdzono obrzęk tylnej ściany gardła na wysokości chrząstki nalewkowej, w oesophagoskopie znaleziono wypuklenie tylnej ściany podgardzieli z nalotem ropnym na szczycie, skąd po jego usunięciu pojawiła się ropa. Po wypuszczeniu ropy i rozszerzeniu ujścia przez usunięcie kawałka ściany przełyku znaleziono twór blady nieco wystający, będący kością, którą szczypcami usunięto. W przebiegu pooperacyjnym wśród wysokiej gorączki wystąpił naciek na lewej stronie szyji, wskutek czego wykonano mediastinotomię szyjną. W 7 dniu spożywane pokarmy, poprzednio częściowo wracające nosem, zaczęły się wydobywać przez ranę dwoma przetokami, jedną od tyłu, komunikującą z dawną jamą ropnia, drugą od przodu wprost ze światła przełyku. Ciepłoty od tego momentu opadły. Po 6 dniach djety płynnej pokarmy przestały wypływać przez ranę, nastąpiło stopniowo wygojenie rany.

Dalej Doc. Dr. *Miodoński* przedstawia dalszy ciąg historji choroby chorej (częściowo omówionej już na ostatniem posiedzeniu) z przewlekłym zapaleniem perlakowym ucha prawego, dwukrotnie już operowanego na prowincji, i ostrym zapaleniu ucha lewego. Po uspokojeniu się sprawy zapalnej ucha lewego wykonano attico-antrotomię, znajdując perlaka ucha środkowego i przetokę na kanale poziomym. W 2 dni po zabiegu wystąpiły wymioty, zawroty głowy, oczopląs II stopnia. W 12 dni po operacji ciepłota podniosła się do 39 stopni C., w 14 dni bóle głowy, pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym 300 na mm^3.

Wykonano labyrintektomię m. Neumann II, nie otwierając otworu słuchowego. wewnętrznego i opony. W 18 dniu pleocytoza 64 na mm^3, ciepłota 40 stopni C. W 21 dniu pojawiły się zaburzenia w oddawaniu moczu, bóle w okolicy pęcherza i nerek, ropomocz. Obecnie chora opuszcza klinikę. W danym przypadku, uważanym za „labyrinthitis inductiva" w początkowym okresie, wyczekiwano za długo. Należy go uważać za zapalenie ograniczone uogólnione błędnika i otworzyć trzeba było błędnik po wygaśnięciu jego funkcji. Za labyrinthitis inductiva Witmaaka należy uważać tylko przypadki bez zmian na bloku błędnikowym. Prelegent podkreśla szczęśliwe wyjście chorej, która przebyła poza zapaleniem ostrym ucha lewego, perlakowym ucha prawego, zapalenie błędnika. opon mózgowych, sepsę i zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych.

W końcu pokazuje Doc .Dr. *Miodoński* zdjęcia rentgenologiczne 2 przypadków ciał obcych w oskrzelach, gdzie bronchoskopja zawiodła. W pierwszym była 1½ roku w oskrzelu śruba z następowym ropniem płuca, w drugim od przeszło 2 tygodni nerwociąg dentystyczny w bardzo małym oskrzeliku.

VIII.

Posiedzenie z dnia 12 czerwca 1936 roku.

W dyskusji nad przypadkami z poprzedniego posiedzenia Dr. *Spira* omawia chorą ze zmianami podgłośniowymi. Wyodrębnioną przez Kuttnera jednostkę chorobową „Laryngitis hypoglottica" dla tych przypadków. w których prócz zmian podgłośniowych, brak zmian w innych narządach, a wszelkie badania dodatkowe wypadają ujemnie, kwestjonuje, zaś na podstawie dodatniego odczynu Bordet-Gengou w kierunku twardzieli, stwierdzenia tegoż samego obrazu chorobowego u siostry chorej, wykazania twardzieli u matki, uważa przedstawiony przypadek za twardziel.

Według Doc. Dr. *Miodońskiego,* który omawia 3 obserwowane takie przypadki, twardziel nie jest wyłącznym etjologicznym czynnikiem tego obrazu.

Dr. *Schwartzbart* uważa, że tylko w części przypadków przerostowego zapalenia podgłośniowego tłem jest twardziel.

W odpowiedzi Dr. *Spira* zaznacza, że ta jednostka jako sui generis jest bardzo rzadka, najczęściej można w tych przypadkach wykazać tło kiłowe, gruźlicze lub twardziel.

Następnie Dr. *Schwartzbart* przedstawia chorego po bardzo uporczywych krwotokach nosowych, których nie dało się opanować ani mechanicznymi zabiegami ani środkami chemicznymi, dopiero wstrzyknięcie surowicy wstrzymało je definitywnie.

W dyskusji Doc. Dr. *Miodoński* przytacza przypadek zatamowania uporczywego krwotoku przez Dra Nodzyńskiego przez wypełnienie przewodu nosowego ogrzaną do 39 stopni C. parafiną. Dr. *Popek* wskazuje na pożyteczne wstrzykiwanie pituitrolu, stosowanie tamponów z surowicą, Dr. *Schwarzbart* tamponów z parafiną.

Dalej Dr. *Popek* przedstawia chorego z naciekami twardzielowymi krtani poniżej strun głosowych, całej tchawicy i oskrzeli.

Doc. Dr. *Miodoński* omawia przypadek 5-letniego chłopca z przebytym zapaleniem ucha środkowego przed rokiem z towarzyszącymi wysokiemi gorącz-

kami i nawrotem ropnego zapalenia ucha obecnie. W 14 dniu ciepłota podniosła się do 40 stopni i stale miała charakter septyczny. Objawów zapalenia wyrostka brak, rentgenologicznie tylko zamazanie struktury kostnej. Leukocytoza 8500. Wykonana antromastoidektomia z odsłonięciem zatoki esowatej poza ropą w antrum i najbliższych komórkach nie wykazała zmian. Ciepłota po operacji nie opadła. Wysuwa się zagadnienie, czy żyłę szyjną podwiązać.

Dr. *Spira* w dyskusji omawia zmianę współczesnych poglądów na drogi szerzenia się sepsy w przebiegu zapalenia ucha. Poza do niedawna jedynie przyjmowanym zakrzepem zatoki, uznaje się inne drogi, przyczem przed 20 laty Körner wyodrębnił osteomyelitis jako jedną z dróg szerzenia się zakażeń z ucha.

Dr .*Schwarzbart* podkreśla przełom w poglądach na zakażenie krwi usznego pochodzenia. Zmiany miejscowe są coraz częściej przeciwstawiane zapatrywaniom o całokształcie procesów ogólno-ustrojowych. Zakrzep zatoki esowatej to 1 punkt topiczny, są inne zatoki, a w niektórych przypadkach wogóle otiatrzy nie poszukują punktu wyjścia.

Doc. Dr. *Miodoński* uważa, że zakrzep w przedstawionym przypadku należy rozpoznać, lecz obecnie niema jeszcze wskazania do podwiązania żyły szyjnej. Gdy jest wskazanie trzeba podwiązać wszystkie drogi zakażenia. Przy szerzeniu się zakażenia drogami chłonnymi trzeba wykonać mediastinotomię.

Dr. *Spira* omawia trudności odróżnienia sepsy od zakrzepów zatoki esowatej, opuszki, zatok skalistych, osteophlebitis Körnera, podnosi rolę posocznic dziecięcych na zmianę poglądów.

Dr. *Popek* podkreśla stanowisko Dra Pachońskiego, który niezawsze zatokę otwierał, nie zawsze usuwał zakrzep, a kierował się objawami ogólnymi, Doc. Dr. Miodoński zaznacza wkładanie przez Dra Pachońskiego setonów do zatoki, uważane do niedawna za błędne, dziś zostało przyjęte.

Dr. *Schwarzbart* za diagnostyczne cechy dla zakrzepu zatoki podaje okresowe dreszcze i zmiany w sąsiedztwie zatoki.

Doc. Dr. *Miodoński* przedstawia przypadek chorego z obustronnym przewlekłym zapaleniem ucha i ropowicą przeduszną po lewej stronie, u którego przed 10 dniami pojawiła się gorączka, dreszcze, bóle i obrzęk przed i poza lewą małżowiną uszną. Stwierdzono u niego rozległy bolesny obrzęk plastyczny okolicy przed i poza usznej, obustronny ropotok, opadnięcie ściany górno-tylnej lewego przewodu słuchowego, granulacje w przewodzie prawym. Słuch na uchu lewym utrzymany. Wykonano attico-antrotomię, usunięto przednią ścianę przewodu skórnego i kostnego, wprowadzono w ten sposób powstały otwór korncangę, przeprowadzono ją aż do kąta szczęki, tu przecięto skórę i w miejsce korncangi wprowadzono dren. Po poprawie obecnie wystąpiły dreszcze, gorączka, wymioty, wytrzeszcz lewej gałki ocznej.

3 przypadek Doc. Dr. *Miodońskiego* dotyczy chorego z perlakiem w uchu już raz operowanym, gdzie perlak zniszczył całą część piramidy, leżącą poza nerwem twarzowym. Jest to przykład spontanicznej labyrintektomji. Zabieg polegał na wypłukaniu i wyłyżeczkowaniu perlaka.

Dalej omawia Doc. Dr. *Miodoński* przypadek chorego z rakiem w przełyku i stanami spastycznymi. Za pierwszym razem zgłosił się on z powodu

uwięzgnięcia kawałka mięsa w przełyku. Wobec skurczu przełyku można było wykonać oesophagoskopię dopiero po wstrzyknięciu morfiny, atropiny i papaweryny. Wyjęto kawał mięsa i chrząstki. Objawy niedrożności ustąpiły. Po 3½ miesiącach wykonana z powodu niedrożności przełyku oesophagoskopia wykazała guz nieco niżej leżący od miejsca poprzedniego uwięzgnięcia mięsa. Choremu założono rad. Objawy spastyczne za pierwszym razem spowodowały, że właściwą przyczynę niedrożności stwierdzono dopiero później.

Dr. *Schwarzbart* omawia przypadek anginy nekrotycznej o septycznym przebiegu, gdzie badania w kierunku swoistości procesu wypadają ujemnie, wszelkie możliwe leczenie zawodziło, ciepłota utrzymywała się przez kilka tygodni, obecnie opadła.

Dr. *Spira* demonstruje chorą z wyciekiem trzechtygodniowym ucha lewego, zawrotami, bólami głowy, szczelinowatym zwężeniem obu przewodów, polipem w lewym przewodzie, oczopląsem na prawą stronę, zupełną głuchotą ucha lewego, leukocytozą 28 000 ze stosunkiem oczopląsu poobrotowego 2 : 8. Nasuwa się pytanie terapeutycznego postępowania.

Dr. *Popek* ze względu na zmiany zapalne z zatrzymaniem się wydzieliny, Dr. *Schwarzbart* ze względu na opadnięcie i obrzęk periostalnej tylnej ściany przewodu, ziarnistości wychodzące z ucha, leukocytozę, oczopląs, wypowiadają się za leczeniem operacyjnym, Doc. Dr. *Miodoński* ze względu na głuchotę, brak obecnie oczopląsu, wynik próby rotacyjnej, świadczących o wykluczeniu błędnika, charakter kostny wydzieliny przemawiający za zmianami na bloku, uważa za konieczną jedną z operacyj błędnikowych.

Dalej przedstawia Dr. *Spira* chorą ze zrośnięciem tylnych łuków, zgrubieniem nagłośni, śluzówki gardła, gdzie wszelkie badania dodatkowe nie wyjaśniły tła tych zmian.

Ostatni przypadek Dra *Spiry* dotyczy chorej z 3-tygodniowym zapaleniem śluzakowym, wymiotami przed tygodniem, wyciekiem miernym i zgrubieniem błony bębenkowej, perforacją centralną, głuchotą i brakiem odczynów kalorycznych ucha chorego, pleocytozą 30 na mm^3. Podczas antromastoidektomii przy oddłutowywaniu tylnej ściany piramidy wypłynęło około 2 łyżek ropy, z okolicy opuszki wystąpił krwotok. Po 3 dniach poprawy ciepłota podniosła się do 39 stopni C., pleocytoza 330 na mm^3, po następnych 2 dniach poprawa, pleocytoza opadła do 30, pojawił się niedowład nerwu twarzowego. Obecnie jama pooperacyjna za uchem i niedowład nerwu twarzowego się utrzymuje. W tym przypadku należy podkreślić bardzo dobre samopoczucie chorej z zapaleniem ucha środkowego, zapaleniem opon i ropniem szczytu piramidy.

IX.

Posiedzenie z dnia 8 października 1936 roku.

Po odczytaniu protokołu Dr. *Schneebaum* przedstawia przypadek twardzieli i przypadek raka gardzieli, gdzie po naświetlaniu rentgenem nastąpiła chwilowa poprawa, po 6 tygodniach nowotwór zaczął rość nanowo.

Doc. Dr. *Miodoński* przedstawia chorego po operacji radykalnej konserwatywnej z bardzo dobrym wynikiem.

Z kolei Dr. *Schwarzbart* demonstruje chorą z dolegliwościami reumatycznymi stawów, z chrypką od 2 miesięcy spowodowaną porażeniem lewej połowy krtani, gdzie badania w kierunku kiły i gruźlicy wypadły ujemnie, zaś terapia krótkofalowa i podawanie salicylu dały wyleczenie.

Dalej Dr. *Schwarzbart* demonstruje dziecko z obustronnym zapaleniem ucha środkowego po jakiejś chorobie wysypkowej, lewostronnym zapaleniem wyrostka sutkowego, z surowiczo-krwawym wyciekiem z nosa, jednak bez tła swoistego, leukocytozą 18 500. W bardzo ciężkim stanie wykonano antro-mastoidektomię po lewej stronie. Na odsłoniętej zatoce i oponach znaleziono duże zmiany. Po operacji utrzymywał się stan septyczny z ciepłotą do 40 stopni C., rana była atoniczną; w 8 dniu wystąpił krwotok z zatoki, który wstrzymano tamponadą, po kilku dniach pojawił się w tym miejscu tętniak wrzekomy zatoki. Przy utrzymującej się wysokiej ciepłocie, atonii rany, leukocytozie 19000 do 21000, braku zmian rentgenologicznych po stronie prawej, wystąpiły sekwestry kostne na planum i tylnej ścianie przewodu. Wykonano radykalną, naświetlano ranę kwarcówką, w następstwie czego zaczęła ona lepiej reagować. W późniejszym przebiegu poza biegunkami wystąpiło zapalenie gruczołów po prawej stronie, zaznaczyło się opadnięcie ściany przewodu, w jamie bębenkowej ziarnina. Gruczoły naświetlano rentgenem bez efektu, następnie nacięto. Dalsz przebieg dobry. Dziś jeszcze kość nie jest pokryta w całości ziarniną.

Dr. *Popek* zaznacza, że zapalenie gruczołów było wywołane prawdopodobnie przez zropiałą komórkę w szczycie wyrostka.

Doc. Dr. *Miodoński* podnosi trudności diagnostyczne zakrzepu zatoki u dziecka i przytacza przypadek dziecka operowanego przy temperaturze 40 stopni C., gdzie po jednej stronie były zmiany w uchu nieduże i zmienione zapalnie gruczoły chłonne, zaś po drugiej stronie zmiany w uchu były znacznie zakrzep zatoki, drugiego ucha nie operowano. W przebiegu pooperacyjnym większe. W czasie operacji znaleziono po stronie z niezajętymi gruczołami duży zakrzep zatoki, drugiego ucha nie operowano. W przebiegu pooperacyjnym wystąpiły jeszcze przejściowe objawy porażenia opuszkowego.

Dr. *Spira* przytacza przypadek dziecka, gdzie w 8 dniu zapalenia ucha środkowego prócz bolesności szczytu wyrostka, opadnięcia tylno-górnej ściany wystąpiła ciepłota do 40 stopni, porażenie połowicze i drgawki kontralateralne, zaś operacja wykazała bardzo duży skrzep w zatoce naprzemian z ropą. Po chwilowej poprawie gorączka i drgawki kontralateralne oraz objawy ogólne wróciły, stan się pogarszał mimo podwiązania żyły szyjnej.

Doc. Dr. *Miodoński* przytacza wszelkie dane przemawiające za wykluczeniem ropnia mózgu w przypadku Dr. Spiry, Dr. *Schwarzbart* uważa go za zapalenie wyrostka sutkowego, ujęty dopiero w okresie zapalenia opon mózgowych.

Dr. *Spira* przedstawia dalszy ciąg historji choroby chorej z wyłączeniem labiryntu, omawiany na poprzedniem posiedzeniu (12 VI 1936, 1 przypadek). W czasie zabiegu stwierdzono u niej eksostozę przewodu zewnętrznego, dochodzącą do bloku błędnikowego, ziarninę i ropę w jamie sutkowej, przetokę na kanale półkolistym poziomym z wydostającą się z niej cuchnącą ropą. Wykonano attico-antrotomię, następnie labiryntektomię sposobem Neumann I.

Pleocytoza bezpośrednio po zabiegu wynosiła 700 na mm³. Objawy oponowe uspokoiły się stopniowo. Dr. *Spira* podnosi trudności diagnostyczne tego przypadku, jakoteż szczęśliwe zejście mimo zapalenia opon.

Dr. *Schwarzbart* uważa ten przypadek za przebyte przed rokiem zapalenie błędnika, dopiero obecne inne objawy zmusiły chorą do leczenia.

Doc. Dr. *Miodoński* demonstruje chorą z zakrzepem zatoki i żyły szyjnej usznego pochodzenia, którą to żyłę wyczuwało się na szyji w postaci wałka grubości kiełbaski. W agonii prawie wyresekowano całą żyłę szyjną, wypełnioną zakrzepem i ropą, odcinek dośrodkowy podciągnięto do góry z klatki piersiowej oba odcinki wszyto w brzegi rany, wykonano attico-antrotomię i odsłonięto wypełnioną naprzemian skrzepami i ropą zatokę esowatą na 2 palce powyżej górnego kolana, zniszczoną częściowo ścianę zatoki zresekowano. Po operacji chora długo gorączkowała, pojawił się niedowład nerwu twarzowego, mrowienie kończyny górnej i dolnej po przeciwnej stronie, odleżyny, ropień przerzutowy pod prawą pachą. Od tego momentu ciepłota opadała litycznie, obecnie chora jest prawie wygojona.

Drugi przypadek Doc. Dra *Miodońskiego* dotyczy chorej z bólami gardła od 10 dni, trudnościami połykania od 7 dni, obrzękiem twarzy, naciekiem zewnętrznej części prawego łuku podniebiennego, naciekiem okolicy kąta żuchwy, zapaleniem gruczołów. Przy nacięciu nacieku okołomigdałkowego ropy nie otrzymano, dwa dni później pojawiła się ropa z górnego bieguna prawego migdałka. Otwór ten poszerzono na tępo. W 7 dni później usunięto prawy migdałek, przetokę prowadzącą do przestrzeni okołogardzielowej poszerzono. Naciek okolicy żuchwy i obrzęk okolicy oczodołu się nieco zmniejszył. Później wystąpiło chełbotanie pod skórą w okolicy kąta szczęki. W otrzymanej przez dwukrotną punkcję ropie znaleziono grzyby nie mające typowych cech promienicy. Podawano jodek potasu, wstrzykiwano mleko, omnadynę, delbecynę, naświetlano chorą solluxem i krótkiemi falami bez skutku. Obecnie chora bierze naświetlania Rentgenem. Jest to przypadek ropowicy przestrzeni okołogardzielowej przedniej.

Dr. *Schwarzbart* uwa.a, że należało naciąć ropowicę od zewnątrz. Dr. *Spira* podziela stanowisko Doc. Dr. Miodońskiego, w obserwowanym bowiem przez siebie podobnym przypadku dwukrotne nacięcie od zewnątrz nie wpłynęło na przebieg ropowicy, trwającej 6 miesięcy. Doc. Dr. *Miodoński* omawia mechanizm zakażenia, który z migdałków drogą krwionośną i chłonną przenika do przestrzeni okołogardzielowej przedniej, ograniczonej od wewnątrz przez zwieracze gardła górny i środkowy, od przodu przez mięsień skrzydlaty wewnętrzny, od tyłu przez grupę mięśni rylcowo-gnykowych i powięź. Dzięki temu ograniczeniu sprawa zajmuje okolicę kąta żuchwy i objawy ogólne są słabo zaznaczone w przeciwstawieniu do przestrzeni tylnej, gdzie ropowica wzdłuż naczyń i nerwów posuwa się szybko w dół, stan ogólny szybko podupada, przychodzi do nadżarcia wielkich naczyń. Ropowicę tą wyłącznie wywołują paciorkowce. Przedstawiony przypadek budzi u niego podejrzenie promienicy.

W dalszym ciągu dyskusji Dr. *Spira* wypowiada się przeciw promienicy, Dr. *Popek* przytacza analogiczny przypadek nacieków szyji po zapaleniu wy-

rostka sutkowego, gdzie kliniczny obraz wygląda na promienicę, bakteriologicznie jej z całą pewnością nie wykazano. Dr. *Schwarzbart* przytacza poglądy współczesne na usuwanie migdałków w stanie ostrego zapalenia, zwłaszcza nacieku lub ropnia, o ile mimo nacięcia stan septyczny nie ustępuje. Uważa, że ropowicę należało naciąć od zewnątrz lub od zewnątrz i wewnątrz, wypowiada się za ropowicą lub promienicą i ropowicą.

W odpowiedzi Doc. Dr. *Miodoński* podkreśla, że wobec obrazu klinicznego nie stosował nacięcia od zewnątrz, wobec braku wskazań, o ile one zaś zaistnieją, drenowanie tej ropowicy będzie musiało być bardzo głębokie. Zdrenowanie od wewnątrz przyniosło chwilową poprawę.

Dalej Doc. Dr. *Miodoński* przedstawia przypadek odnoszący się do chorej z szumem w lewym uchu od roku, bólami strzykającymi i trzaskaniem, zawrotami głowy i wymiotami od 2 tygodni. Przed tygodniem bóle pojawiły się za uchem. Stwierdzono u niej oczopląs III stopnia na prawo, ropny wyciek i głuchotę ucha lewego, obrzęk okolicy wyrostka, opadnięcie ściany przewodu, perforację centralną błony. Po zimnej wodzie w I położeniu oczopląs narastał, w II odchylał się, w I po ciepłej wodzie ulegał zahamowaniu. Ze względu na utrzymanie resztki czynności błędnika wykonano tylko antro-mastoidektomię. Obecnie chora jest wygojona. Mowę przy wyłączeniu ucha zdrowego powtarza w rytmie.

Dr. *Spira* na pierwszym miejscu przy badaniu wyłączenia błędnika stawia próby obrotowe. Przytacza poglądy niektórych współczesnych autorów, którzy ropnych zapaleń błędnika nie operowali; dlatego też w tym wypadku byłoby ważną postać zapalenia błędnika. Dr. *Schwarzbart stwierdza*, że nie postać zapalenia ani destrukcja błędnika, lecz inne objawy zmuszają chorych do leczenia. Usunięcie ogniska zakażenia w przedstawionym przypadku wpłynęło uspokajająco na zapalenie błędnika. Doc. Dr. *Miodoński* w stwierdzaniu wyłączenia błędnika stawia na pierwszym miejscu próby kaloryczne.

Dr. *Wadoń* przedstawia chorego z przewlekłym zapaleniem pourazowym ucha, trwającym od 15 lat, okresowo się zaostrzającym. Na 12 dni przed zgłoszeniem wystąpiły bóle w uchu i za uchem, napady gorączki do 39 stopni i dreszcze. W uchu stwierdzono perlak, objawów neurologicznych nie było. Ciepłota z 37 stopni podniosła się wieczorem do 40 stopni C. Powiązano żyłę szyjną, wykonano attico-antrotomię, odsłonięto zatokę, oponę tylnej i średniej jamy, znajdując ropień okołozatokowy, ropień nadopnowy średniej jamy, zaś do przodu od eminentia arcuata natrafiono na ropień płatu skroniowego lewego wielkości orzecha włoskiego. Ropień nacięto i wysetonowano. Kość wyrostka była sklerotyczną, białą, jedynie w kierunku na kąt piramidy znajdywano pasemko szarawe. W przebiegu pooperacyjnym utrzymywał się stan septyczny, nekrotyzowała ściana zatoki, wszystkie objawy się jednak uspokoiły.

W dyskusji Dr. *Popek* omawia przypadek ropnia płatu skroniowego bez zmian na oponach.

Protokół z posiedzenia Sekcji Poznańsko-Pomorskiej Polskiego T-wa Otorynolaryngologicznego

odbytego dnia 3 października 1936 r. w Klinice Otolaryngologicznej U. P. w Poznaniu, ul. Fredry 7.

Kol. Wróblewski demonstruje chorą lat 28, która zgłosiła się do niego ze skargami na szum w uchu prawym. Podczas badania chorej prelegent stwierdził wyraźnie słyszalny szum przez otoskop. Badanie rentgenowe wykazało zatarcie siodełka kości klinowej. Badanie okulistyczne oka lewego wykazało zanik nerwu wzrokowego. Prelegent przypuszcza, iż rozchodzi się w demonstrowanym przypadku o guz wewnątrzczaszkowy, przypuszczalnie naczyniak, który jest powodem tych rytmicznych szumów objektywnych.

W dyskusji nad przypadkiem zabiera głos kol. *Iwaszkiewicz*, który zaznacza, iż chora demonstrowana przez kol. *Wróblewskiego* była badaną w klinice, podczas badania prelegent stwierdził co następuje: słuch typowy dla nieżytu ucha środkowego, samoistny oczopląs pionowy po stronie chorego ucha, narząd przedsionkowy wykazywał obniżoną pobudliwość na próby obrotową i kaloryczną. Ponieważ wynik badania nie przemawia za zwiększonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym, co potwierdziły i badania neurologiczne, prelegent sądzi, iż w przypadku tym rozchodzi się niewątpliwie o sprawę wewnątrzczaszkową, trudno jednak określić rodzaj cierpienia — prawdopodobnie chodzi tu o sprawę zapalną na podstawie lub naciekającą tkankę mózgową, jej istotę rdzenną za czemby przemawiało istnienie oczopląsu pionowego.

Prof. Laskiewicz odnośnie tego przypadku zaznacza, iż sam obserwował podobny przypadek szumu objektywnego bardzo intensywnego, w którym chodziło o szum naczyniowy z powodu tętniaka pochodzenia kiłowego. Co do oczopląsu pionowego, prelegent zaznacza, że podobny istnieje również podczas przebicia ropnia mózgu do komory bocznej .

Prof. Laskiewicz demonstruje chorego lat 21, u którego wykonał operację Jaques Jansena z powodu przewlekłego ropnego zapalenia zatoki czołowej i sitowej prawej. Prelegent nadmienia, iż najbardziej dogodną i odpowiednią w tych przypadkach jest ta metoda operacyjna za wyjątkiem silnie rozwiniętego zachyłka skroniowego, w którym to wypadku poleca operację Killiana.

Tenże. Przedstawia chorą lat 12 po operacji perlaka prawdziwego opony (cholesteatoma verum) twardej środkowego dołu czaszkowego, gdzie po wygojeniu rany potrepanacyjnej wykonał plastyczne pokrycie dużego ubytku skórą z najbliższego sąsiedztwa.

Tenże demonstruje chorego lat 19, u którego z powodu posocznicy otogennej wykonał operację otwarcia opuszki żyły jamowej met. Grunerta. W demonstrowanym przypadku chodziło o rozległy zakrzep zakażony obejmujący zatokę esowatą, poprzeczną i opuszkę żyły szyjnej. Przedstawiony przypadek jest na wyleczeniu.

Kol. Zakrzewski przedstawia podwójne ciało obce wydobyte z górnej części przełyku na drodze ezofagoskopii. Wydobytym ciałem obcym była proteza zębowa złamana zeszyta nitką.

Prof. Laskiewicz przedstawia wydobytą z przełyku w ezofagoskopii protezę zębową o dwóch ostrych haczykach.

Tenże. Przedstawia pacjenta lat 56, który się zgłosił ze skargami na od roku trwającą chrypkę. Podczas badania laryngoskopowego stwierdzono guz prawej połowy krtani o powierzchni równej zajmujący prawą strunę prawdziwą i wrzekomą oraz unieruchomienie tejże strony krtani. Pacjentowi wzięto wycinek, którego badanie histopatologiczne wykazało *„Carcinoma planeopitheliale keratodes"*. Choremu zastosowano serję naświetlań promieniami Rentgena. Demonstrowany pacjent jest obecnie wyleczony.

Kol. Radzymiński przedstawia przypadek bardzo rozległego tocznia krtani wyleczonego za pomocą elektrokoagulacji endolaryngealnej.

Kol. Iwaszkiewicz demonstruje chorą po operacji błędnika sposobem Jansena II.

Kol. Zakrzewski demonstruje chorego lat 11, operowanego w klinice z powodu powikłania przewlekłego zapalenia ucha środkowego w postaci posocznicy, zakrzepu zatoki esowatej, poprzecznej i opuszki żyły szyjnej oraz ropnego zapalenia opon i ropnia móżdżku lob. biventer. Demonstrowany pacjent jest wyleczony.

Kol. Iwaszkiewicz przedstawia pacjenta lat 24 operowanego w klinice z powodu zakrzepowego zapalenia zatoki esowatej i ropnego zapalenia opon m. W dyskusji nad demonstrowanym przypadkiem zabiera głos Prof. *Laskiewicz* podkreślając to, iż przy ropnym zapaleniu opon i jednoczesnym zakrzepie zatoki wstrzymać się niekiedy należy z podwiązaniem żyły szyjnej, albowiem wpływa to w dużej mierze ujemnie na przebieg sprawy oponowej. W razie konieczności podwiązanie to należy wykonać po 36—48 godzinach najwcześniej.

Kol. Zakrzewski demonstruje przypadek zeszycia podniebienia miękkiego. uważając, iż pozytywny efekt pooperacyjny w dużej mierze zależy od zastosowania szwów dwupiętrowych spos. Seifferta.

Dr. J. Iwaszkiewiz, sekretarz.

Protokóły z posiedzeń Wileńskiej Sekcji Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego

dnia 18 czerwca 1936 r. w lokalu Kliniki Otol. U. S. B.

Przewodniczący: dr. *Świeżyński.*

Obecnych: Członków 8, gości 4.

Demonstracje chorych:

Dr. Gołyński demonstruje chorego ze zmianami na śluzówce dziąseł po kuracji bizmutowej oraz drugiego chorego, przebywającego na obserwacji z powodu procesu płucnego. Od dzieciństwa cierpi na chrypkę. Na żuchwie i na nagłośni stwierdza się nacieczenia. Pobrano kawałek do badania anat.-pat. W płucach objawy nacieczenia. Wassermann ujemny. W dyskusji nad tymi przypadkami zabierał głos dr. Świeżyński, zapytując czy w ostatnim przypadku nie występowały zmiany rozpadowe. Prof. Wąsowski wyjaśnia odnośnie przypadku pierwszego, że zatrucia bizmutem występują bardzo rzadko, przy czym towarzyszącym objawem są biegunki, wymioty, nieraz suchość w gardle. Omawiając przypadek drugi zaznacza wystąpienie zmian bliznowatych w krtani i jamie ustnej, co skłaniałoby do postawienia rozpoznania tocznia — przeciw temu przemawia jednak brak zmian w nosie. Rozpoznanie ustali dopiero badanie anatomo-pat. Dr. Lewande podaje, że obserwował podobny przypadek

z owrzodzeniem gardła, schodzącym w dół bez zmian przedmiotowych w płucach. Podobnem zastrzeżeniem dzieli się dr. Berlinerblau. Dr. Gołyński w odpowiedzi d-rowi Świeżyńskiemu komunikuje, że zmian rozpadowych w płucach nie było.

Prof. Wąsowski demonstruje chorego ze zmianami bł. bębenkowej, czyniącymi wrażenie sprawy nieżytowej. Chory zgłosił się przed 2 miesiącami. Wówczas stwierdzono dużo ropnej wydzieliny, wypływającej z dwóch perforacyj oraz znaczne osłabienie słuchu (szept do ½ metra). Na podstawie wyglądu postawiono rozpoznanie gruźlicy. Kurację przeprowadzono met. Pfannenstiela i przemywaniami roztworem Dakina. Udało się uzyskać dobry efekt. Perforacje zrosły się, słuch poprawił się (szept do 5 mtr.). Obecny wygląd bł. bębenkowej charakterystyczny dla spraw bliznowatych. Tak pomyślne zejście można sobie objaśnić młodym wiekiem chorego, dobrym ogólnym stanem i żywym procesem bliznowacenia.

Dr. Tołczyński przedstawia chorego z typowymi zmianami twardzielowymi w nosie i krtani.

Prof. Wąsowski demonstruje chorą, która przybyła do kliniki ze skargami na bóle głowy i uporczywe wymioty. Podejrzewano zapalenie opon mózgowych. Ciążę wykluczono. Temperaturę symulowała. Rentgen wykazał zaciemnienie lewej zatoki czołowej. Podejrzewając obecność kostniaka, wykonano zabieg operacyjny (zmniejszony Ogston-Lucá). Zatoka wypełniona masą kostną. Wybito otwór głębokości około 1cm. Przecięto nerw nadoczodołowy, czem uzyskano dobry efekt. Wymioty i bóle głowy ustąpiły całkowicie. Była więc to neuralgja nerwu nadoczodołowego. W dyskusji nad tym przypadkiem zabierali głos dr. dr. Berlinerblau, Lewande, Świeżyński, omawiając wynik zabiegu i jego trwałość.

Tenże demonstruje chorą, która od kilku lat nie słyszy na ucho lewe. Z ucha tego usunięto polip, poczem wystąpiło silne krwawienie. Badaniem stwierdzono zupełny brak błony bębenkowej. Jama bębenkowa wypełniona masami polipowatymi. Szept i mowa zwykła O. Porażenie całkowite lewego nerwu twarzowego. Samoistny oczopląs I stopnia w lewo. Dokonano operacji radykalnej. Przebieg chorobowy i wygląd makroskopowy czynią wrażenie sprawy nowotworowej. Badania drobnowidowe w toku.

Dr. Tołczyński przedstawia dziecko po oparzeniu przełyku siarczanem miedzi, gdzie wystąpiły 2 zwężenia bliznowate, jedno w górze a drugie tuż przy wpuście, co tłumaczy się samym aktem połykania. Rokowanie w tym przypadku, jak wogóle u dzieci, jest stosunkowo dobre ze względu na dobrą podatność tkanek przełyku, czego dowodem jest dotychczasowy pomyślny wynik leczenia rozszerzeniami.

Prof. Wąsowski demonstruje chorego, który został dostarczony do Kliniki w okresie zaostrzenia przewlekłego obustronnego ropotoku usznego z objawami oponowymi. „Dokonano obustronnej operacji radykalnej". Po operacji objawy oponowe wzmogły się. Temperatura wzmogła się. Na 4 dzień po operacji stwierdzono ropę w prawej zatoce esowatej, wobec czego otwarto ją a żyłe szyjną prawą podwiązano i nacięto ją, uzyskując w ten sposób połączenie z jamą operacyjną. Założono ropień fiksacyjny. W dalszym ciągu wystąpiły powikłania ze strony płuc (wysiękowe zapalenie opłucnej lewostronne). W leczeniu uwzględniono duże dawki surowicy, co podobnie jak i ropnie fiksacyjne ma doniosłe

znaczenie. W końcu został zademonstrowany przez prof. Wąsowskiego chory z ropniem mózgu. Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że przed operacją nie występowały żadne wyraźniejsze objawy, wskazujące na usadowienie się ropnia. W czasie zabiegu stwierdzono ropień w prawym płacie skroniowym, zawierającym dużo ropy (około 6 łyżeczek). Do jamy ropnia założono gumowy dren, który ma pozostawać możliwie długo bez naruszania go, co jest jednym z ważniejszych postulatów w leczeniu operacyjnem. Obecnie chory ma się dobrze. Rokowanie stawia się pomyślne.

Odczytany protokół z poprzedniego posiedzenia został przyjęty bez poprawek. Rozpatrzono podania o przyjęcie w poczet członków Sekcji Wileńskiej Pol. Tow. Otol. Dr. Dr. Danowskiego, Czeladzina, Prużańskiego, Świtka, Tołczyńskiego. Wyżej wymienionych przyjęto jednogłośnie. Wobec zrzeczenia się prezesury przez prof. Szmurłę zaszła konieczność nowego ukonstytuowania się władz Wil. Sekcji. Przed przystąpieniem do wyborów dr. Świeżyński zgłosił wniosek, by prof. Szmurle wysłać list z podziękowaniem za owocną i długotrwałą pracę w Sekcji. .Wniosek przyjęto przez aklamację. Następnie dokonano wyboru władz. Zarząd ukonstytuował się jak następuje:

Prezes — prof. Wąsowski Tadeusz, V-prezes — dr. Świeżyński Felicjan, Skarbnik — dr. Wołkowyski Noach, Sekretarz — dr. Świtek Józef.

Prof. Wąsowski stawia wniosek, aby opłaty członkowskie dla młodych lekarzy w ciągu pierwszych trzech lat pracy — okres specjalizacji) wynosiły nie więcej, niż 6 zł rocznie. Zebranie upoważniło prof. Wąsowskiego do postawienia powyższego wniosku na Zjeździe Pol. Tow. Otol. w Ciechocinku. W sprawie zjazdu Otolaryngologów w Berlinie i w Sofji zabiera głos prof. Wąsowski, informując, że chcący wyjechać zagranicę winni starać się o paszporty przez Sekcję Warszawską Polskiego Tow. Otol. *Dr. J. Świtek,* sekretarz.

Dnia 11 października 1936 r. w lokalu Kliniki Otol. U. S. B.

Przewodniczący: prof. *Wąsowski.*

Obecnych: Członków 10, gości 2.

Otwierając zebranie przewodniczący wygłosił krótkie przemówienie pośmiertne o prof. Barany'm, pamięć którego zebrani uczcili przez powstanie.

Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia, który z uwzględnieniem poprawki dr. Wołkowyskiego został przyjęty.

Prof. Wąsowski podał krótkie sprawozdanie ze Zjazdu Polskiego Tow. Otol. w Ciechocinku. Zjazd trwał 2 dni. Organizacja zjazdu stała na wysokości zadania. Zagadnieniem programowem były schorzenia migdałków referowane przez prof. Laskiewicza i Wąsowskiego. Klinika krakowska opracowała ref. p. t. Badanie słuchu audiometrem i badanie biomikroskopowe bł. bębenkowej. Pozatem wygłosili referaty: dr. Karbowski: Operacyjne wkroczenie do czaszki w jej części przedniej. Prof. Szmurło: Leczenie wziewalniane.

W części organizacyjnej zjazdu dokonano wyboru nowych Władz z prezesem d-rem Czarneckim na czele. Sprawa składek została uregulowana w ten sposób, że prezesom poszczególnych Sekcji pozostawiono swobodę do oznaczania wysokości tychże według ich uznania. Wobec tego w Sekcji Wil. pobierane będą składki w myśl uchwały z dnia 18. VI. 36. Bardziej szczegółowe sprawozdanie zamieszczone będzie w Polskim Przeglądzie Otolar., redakcja którego została powierzona prof. Laskiewiczowi i zostaje przeniesiona do Poznania. W dalszym

ciągu prof. Wąsowski złożył krótkie sprawozdanie ze Zjazdu Otolaryngologów Słowiańskich, który odbył się w połowie września w Sofii. Zjazd odbył się w atmosferze serdecznej gościnności. Program referatów bardzo obfity. (Sprawozdanie będzie też podane w Pol. Przegl. Otol.).

Demonstracje chorych:

Dr. Pigulewski demonstruje chorego, który przybył ze skargami na zatkanie prawej połowy nosa. Prawy przewód wypełnony rozrostami. W rynoskopii tylnej też widoczne podobne rozrosty. „Pobrany wycinek wykazał utkanie mięsaka okrągłokomórkowego. Dokonano zabiegu operacyjnego w czasie którego ze znacznymi trudnościami usunięto rozrosty". Chory będzie skierowany do naświetlań promieniami Rentgena.

Dr. Danowski demonstruje chorą, która rok temu była operowana z powodu raka prawej jamy nosowej. Chora przez kilka miesięcy czuła się dobrze. Obecnie znów przybyła do kliniki, gdyż wystąpiły nowe rozrosty, z powodu których została ponownie operowana a w dalszym ciągu ma być naświetlana prom. Rentgena. W dyskusji zabrał głos prof. Wąsowski, omawiając rokowanie, które w danym wypadku jest złe, gdyż rozrosty idą w kierunku na blaszkę sitową i górne piętra nosa.

Prof. Wąsowski przedstawia chorego z ogólnym zakażeniem po anginie. U chorego tego przeprowadzono leczenie konserwatywne z dobrym wynikiem. W dyskusji dr. Lewande omawia sprawę ingerencji chirurgicznej, dochodząc do wniosku, że bardziej racjonalne jest postępowanie konserwatywne. Zamykając dyskusję prof. Wąsowski jest zdania, że w takich wypadkach wskazana jest indywidualizacja. *Dr. J. Świtek*, sekretarz.

Dnia 15 listopada 1936 r. w lokalu Kliniki Otol. U. S. B.

Przewodniczący: prof. *Wąsowski.*

Obecnych: Członków 9, gości 2. Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia, który po uwzględnieniu poprawki prof. Wąsowskiego został przyjęty.

Demonstracje chorych:

Dr. Lewande demonstruje chorego, którego przed miesiącem zabolało prawe ucho — słabo na nie słyszy. Prawy przewód zewnętrzny wypełniony masami, czyniącymi wrażenie polipa. Przy dotyku twardy. Sondą nie dawał się obejść. Próby stroikowe jak przy zajęciu ucha środkowego. Ropy nie było. Starania usunięcia tych mas pętlą nie dały rezultatu, wobec czego usunięto je konchotomem. Badanie anat.-pat. wykazało utkanie tkanki granulacyjnej, brakowało komórek atypowych. Obecnie pacjent uskarża się na silne bóle okresowe, zwłaszcza nocą. Rentgen wykazuje zmiany w jamie bębenkowej, przechodzące do antrum. Masy w uchu po uprzednim usunięciu znowu się rozrosły — są tylko nieco miększej konsystencji. Dr. Lewande stawia pytanie jakie powinne być dalsze postępowanie, poddając w wątpliwość wynik badania anat.-pat., a podejrzewając sprawę nowotworową. Dr. Świeżyński radzi nie operować a tylko naświetlać prom. Rentgena. Prof. Wąsowski staje na stanowisku, że w danym przypadku, stosunkowo rzadkim, należy najpierw dokonać zabiegu oswabadzającego jamę bęb. a potem naświetlać prom. Rentgena. Pozatem należy poddać rewizji badanie anat.-pat.

Prof. Wąsowski demonstruje chorego z włókniakiem młodzieńczym. Chory 19-letni przebywał w roku ubiegłym w tut. klinice z tego samego powodu. Po

nakłuciu igłą diatermiczną i leczeniu prom. Rentgena guz wydatnie się wówczas zmniejszył, poczem chory wypisał się. W tym roku zgłosił się ponownie ze skargami na utrudnione oddychanie nosem i częste krwawienia. Badaniem stwierdza się guz, wypełniający całą jamę nosowo-gardłową, na szerokiej podstawie. Główna jego masa ulokowana więcej po stronie prawej. Badanie hematologiczne wykazuje niedokrwistość i słabą krzepliwość. Obecnie jest naświetlany prom. Rentgena, poczem zostanie dokonana diatermokoag.

Dr. Świtek demonstruje chorą z ostrym zapaleniem ochrzęstnej lewej nalewki. Chora została skierowana z kliniki ocznej, gdzie leczyła się z powodu zapalenia nerwów ocznych. Badaniem stwierdza się duży obrzęk lewej nalewki, obrzmienie lewej struny fałszywej i zaczerwienienie prawdziwej. Cała lewa połowa krtani nieruchoma. W wywiadzie kiła. Ostatnia kuracja przed trzema miesiącami. Nad przypadkiem tym zabiera głos prof. Wąsowski, zwracajac uwagę na to, że mimo kiły w wywiadzie, wygląd przypomina raczej sprawę gruliczą. W danym przypadku chora jest w toku badań, więc definitywnego rozpoznania postawić nie można.

Dr. Pigulewski demonstruje chorego z porażeniem prawej struny głosowej, które wystąpiło przed 4-ma miesiącami po przeziębieniu. Badaniem stwierdza się prawą strunę nieruchomą, wklęsłą, zbliżoną do położenia trupiego. Wobec negatywnego wyniku prześwietlania płuc i ujemnego Wassermanna przyjęto pochodzenie porażenia toksyczne (reumatyczne).

Dr. Danowski przedstawia chorą z zębem, wyrosłym w zatoce szczękowej prawej, który powoduje ustawiczne bóle prawego policzka. Na zdjęciu rentgenologicznem widocznem było, że ząb ten jest oddzielony od zatoki tylko bardzo cienką blaszką okostnej. Chora ma być operowaną. Czy da to jednak pożądany wynik, to jest poważnym pytaniem.

Dr. Wołkowyski demonstruje chorą, która przed 3-ma tygodniami była operowana z powodu ostrego zapalenia prawego wyrostka sutkowego z niedowładem nerwu twarzowego. W czasie zabiegu odsłonięto na przestrzeni kilku mm. nerw twarzowy. Po operacji stosowano elektryzację, która dała dobry wynik. Niedowład stopniowo ustępuje.

Z kolei *prof. Wąsowski* demonstruje biomikroskop ucha, umożliwiający badanie przeżyciowe bł. bębenkowej, oraz aparat Proetz-Le-Mee do leczenia zatok bocznych nosa.

W związku ze zjazdem Otolaryngologów we Lwowie (lipiec 1937) *prof. Wąsowski* zapoznaje zebranych z ramowym programem, przy czem oznajmił, że klinika wileńska zajmie się tematem gruźlicy górnych dróg oddechowych.

Dr. J. Świtek, sekretarz.

Dnia 13 grudnia 1936 r. w lokalu Kliniki Otol. U. S. B.

Przewodniczący: prof. *Wąsowski.*

Obecnych członków 10.

Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia, który został przyjęty. Dr. Pigulewski, który złożył podanie o zaliczenie w poczet członków Wil. Sekcji Pol. Tow. Otol., został przyjęty przez aklamację.

I n f o r m a c j e : Odnośnie przypadku demonstrowanego na poprzedniem posiedzeniu przez d-ra Lewande — wyjaśnia dr. Libe, że podczas operacji zmian w wyrostku sutkowym nie stwierdzono. Masy krwawiące wypełniały tylko

jamę bębenkową. Powtórne badanie anat.-pat. wykazało utkanie tkanki zapalnej.

Dr. Danowski podaje, że u chorej, którą demonstrował na poprzedniem posiedzeniu, po usunięciu zęba z zatoki bóle ustąpiły.

Demonstracje chorych:

Prof. Wąsowski przedstawia chorego, któremu usunięto ciało obce z przełyku drogą ezofagotomii zewnętrznej. Chory podczas jedzenia połknął protezę z dwoma zębami. Na prowincji czyniono próby przepchnięcia do żołądka protezy, która wskutek tego została tak mocno wklinowana, że ezofagoskopią nie można było jej usunąć. Dokonano wobec tego ezofagatomii zewnętrznej. Operację utrudniał powiększony gruczoł tarczowy, który otaczał całkowicie przełyk. Ciała obcego nie można było jednak wydostać, gdyż mocne wklinowanie protezy i obrzęk błony śluzowej przełyku groziły uszkodzeniem ściany przełyku. Rozkawałkowano kleszczami kostnymi protezę na 3 części i w ten sposób usunięto. Obecny stan chorego dobry.

Tenże: demonstruje dziecko 3-letnie, które przed 16 dniami włożyło do lewego ucha groch. Miejscowy felczer i lekarz usiłowali wydobyć groch, co im się nie udało. Dziecko przewieziono do kliniki w stanie ciężkim, z wysoką gorączką i objawami oponowymi. Dokonano nakłucia lędźwiowego, które dało płyn ropny. Groch usunięto haczykiem. Objawy oponowe utrzymywały się, wobec tego dziecko operowano. Obecnie rana o wyglądzie septycznym. Ostatnie nakłucie lędźwiowe zmian zapalnych w płynie nie wykazuje.

Tenże: przedstawia chorą z oddziału wojskowego, cierpiącą na ropotok ucha prawego, u której po płukaniu rurką Hartmanna górnego uchyłka ucha wystąpiły zawroty głowy i wymioty. Chorą dostarczono do kliniki z wysoką gorączką, samoistnym oczopląsem i znacznym upośledzeniem czynności prawego błędnika. Wobec takiego stanu dokonano operacji radykalnej, podczas której frezą elektryczną uszkodzono ścianę zatoki, co spowodowało znaczne krwawienie. Badanie jamy bęb. podczas zabiegu wykazało zwichnięcie strzemiączka. Obecny stan zadawalniający. Chora bez gorączki. Wymioty ustąpiły. Zawroty głowy tylko przy zmianie pozycji.

Tenże: demonstruje chorego z rozpoznaniem sprawy gruźliczej krtani. Chory przybył ze skargami na ból gardła i suchy kaszel. W płucach brak zmian. Pomocnicze badania nic nie wykazały. Biernacki 70 mm/godz. W krtani Nacieczenie nagłośni. Obrzęk obu nalewek. Nacieczenie strun fałszywych i prawdziwych. Dokonano wkłucia galwanokauterem do obu nalewek, przyczem skargi chorego uległy zmniejszeniu.

Tenże: demonstruje chorego z rozpoznaniem gruźliczego owrzodzenia języka i krtani. Przed 4-ma miesiącami na języku zjawiło się małe owrzodzenie. Wobec zwiększania się owrzodzenia i bólów chory przybył do kliniki. Badaniem stwierdza się na brzegu języka u jego końca owrzodzenie płaskie, o nieregularnym zarysie, pokryte brudno-szarą wydzieliną, bardzo bolesne na dotyk. Na tylnej powierzchni nagłośni tuż nad spoidłem podobne owrzodzenie. W płucach zmiany naciekowe. Badanie anat.-pat. wykazało utkanie tk. gruźliczej.

Na zakończenie zebrania dr. Wołkowyski wygłosił referat p. t. Pomiary ciepłoty skóry okolicy ucha w ostrym zapaleniu i ich znaczenie rozpoznawcze. (Referat przeznaczony do druku). *Dr. J. Świtek*, sekretarz.

Wiadomości bieżące.

XV-ty Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się we Lwowie w dniach 4—7 lipca 1937 r. Protektorat nad Zjazdem raczył objąć Pan Prezydent R. P. Prof. Dr. Ign. Mościcki.

Przewodniczący Zjazdu: Prof. Dr. R. Rencki.

Zast. Przewodn.: Prof. Dr D. Szymkiewicz; Sekret. Gen. nauk lek.: Prof. Dr W. Koskowski; Skarbnik: Prof. Dr A. Zakrzewski.

Przewodniczący sekcji Otolaryngologicznej: Prof. Dr. T. Zalewski.

Sekcję informac.-mieszk.: Dyr. Dr A. Pohorecki, Głowińskiego 7.

Biuro Komitetu Zjazdowego mieści się: ul. Piekarska 52.

Program Sekcji Otolaryngol. jako XIII Zjazd Otolaryngologiczny 4—7 lipca 1936 r. przedstawia się następująco:

1. Gruźlica górnego odcinka dróg oddechowych.
2. Wskazania do operacji na błędniku.
3. Bóle głowy, zaburzenia współczulne pochodzenia nosowego.

Pokazy i referaty, związane z tematami programowymi, z krótkim streszczeniem w jęz. polskim i francuskim należy zgłaszać na ręce Prezesa T-wa D-ra *Czarneckiego* (Warszawa, Zgoda 8) do dnia 1 kwietnia 1937 r., gdyż mają być one po wydrukowaniu rozdane uczestnikom przed Zjazdem.

Okólnik

XII Kurs Przeciwgruźliczy dla lekarzy p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie" odbędzie się od dnia 14 stycznia do dnia 4 marca 1937 r. Progam Kursu 7-miotygodniowego uwzględni przede wszystkim studia praktyczne jak również obejmie 47 godz. wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą. Studia praktyczne będą polegały na odbyciu praktyki w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorium jak również na dokładnym zaznajomieniu się z pracą w poradniach przeciwgruźliczych ze szczególnym uwzględnieniem techniki zakładania odmy.

Podania na kurs należy nadsyłać do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31 (gmach Polskiego Towarzystwa Higienicznego) najpóźniej do dnia *8 stycznia 1937 r.* Do podania należy dołączyć:

1. życiorys, 2. ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej kandydata na kurs, 3. zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu Kursu.

Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie zwrotnego stypendium w wysokości do 350 zł.

Kurs jest bezpłatny; pierwszeństwo w otrzymaniu stypendium jak również i w przyjęciu na kurs będą mieli kandydaci, którzy już pracują w instytucjach przeciwgruźliczych.

Dyr. Dr *M. Grodecki.* Prezes Komisji Prof. Dr *W. Orłowski.*

Prezes IV-go międzynarodowego zjazdu otolaryngologicznego prof. Dr H. Burger z Amsterdamu komunikuje, że termin przyszłego zjazdu O. R. L. w Amsterdamie został ustalony na 29 lipca do 3 sierpnia 1940 r. Do komitetu honorowego weszli wszyscy wybitniejsi otolaryngolodzy holenderscy w składzie następ.: Przew.: Prof. H. Burger Amsterdam C, Kaisergracht 317. Sekret. gen.

Dr A. A. J. H. Marres — Amsterdam Z, Willemsparkweg 31, Skarbnik: Dr M. J. ten Cate — Amsterdam Z, Obrechtstraat 55; prócz tego profesorowie Otolaryngologii: C. E. Benjamins — Groningen, P. H. G. van Gilse Leyda, P. Th. L. Kn-Wassenaar, A. de Kleyn — Amsterdam, F. H. Quix — Utrecht, W. Schutter — Groningen, H. J. L. Struycken — Breda.

Zmarli: 1. *F. H. Gault,* prof. w école de Med. Dijon w wieku lat 56, b. prezes Soc. fr. d'Oto-Rhino-Laryngol. w r. 1931, autor cennych prac, dotyczących patologii migdałków podniebiennych oraz techniki zabiegów operacyjnych zatok bocznychnosa, resekcji częściowej żuchwy, leczenia nowotworów gardła i t. p.

2. *Edward Dench,* prof. Otolaryngol. w Hospital Medic. Colledge w Bellevue (St. Zj. Am. P.), w wieku l. 72, autor cennych prac z zakresu operacji wewnątrz jamy bębenkowej w celu poprawy słuchu, plastyki ucha po operacjach doszczętnych, chirurgji rponi mózgowych i błędnika. Autor podręcznika otjatrji, który doczekał się 5-go wydania.

3. *Artur B. Duel,* w wieku l. 66, prof. otjatrji w Policlin. Med. School Hosp. w New Yorku, znany z prac nad plastyką uszkodzonego nerwu twarzowego, członek wielu Tow. Otolaryngol. zagran.

4. *Gustaw Aima,* prof. i dyrektor instytutu fonologicznego w Helsinkach.

5. *Charles Ballance,* w wieku l. 80. Początkowo pracował na oddziele chirurgicznym szpit. św. Tomasza w Londynie pod kierunkiem Horsleya, Gowersa, Ferriera, Jacksona i Russela, kształcąc się w neurochirurgji. Z tego okresu pochodzą jego cenne prace dotyczące leczenia chirurgicznego porażeń nerwu twarzowego, a następnie tętniaków pourazowych i t. d. Był długoletnim prezesem Royal-Soc. of Medicine, sekcji otologicznej. Ostatnio wydał dzieło o chirurgji ucha i kości skalistej, które doczekało się 2-go wydania.

Prezesem Sekcji Otologicznej w Royal-Soc. of Med. w Londynie został obrany na rok 1937-my Dr. *Douglas Guthrie* z Edinburga. Sekcji zaś laryngo-rynologicznej tegoż T-wa, Dr. *Lionell Colledge.* Posiedzenia naukowe tych sekcji ustalono na 5 lutego, 7 marca i 5 maja. Z okazji 25 letniej rocznicy pracy naukowej prof. Lemaître z Paryża, jego nominacji na członka Akademji nauk Lek. w Paryżu oraz odznaczenia Komandorją Legji Honorowej fr. wręczono jubilatowi medal pamiątkowy (wykon. art. rzeźbiarza Proudhomma) na uroczystej akademji w szpitalu Lariboisière. Prof. Dr. M. Hajek, emer. dyrektor kliniki Laryngol. Uniw. we Wiedniu obchodził 75 rocznicę urodzin. Liga przeciw głuchocie i głuchoniemocie, stowarzyszenie międzynarodowe samopomocowe głuchych i cierpiących na niedosłuch (Nicea — Prom. des Angl. 43 bis) wybrała zarząd w następującym składzie: prezes hon.: Prof. Dr. Portmann, przewodniczący: Rob. Marche, zastępca: A. Lumiere (Lyon) i Foveau de Sourmelles (Paryż), sekretarz: gen. A. Condau (Paryż). Stowarzyszenie to istnieje od 13 lat, łączy znaczną liczbę głuchych i cierpiących na niedosłuch, dając im rady i wskazówki co do postępu metod leczniczych tego cierpienia.

III-ci zjazd Otolaryngologów austriackich odbędzie się w dniach 28—29 maja 1937 r. w Insbruku. Tematy: Postępy w badaniu czynnościowym narządu słuchu i ich znaczenie dla djagnostyki i leczenia. 2. Stosunek górnych dróg oddechowych do konstytucji i schorzeń ogólnych.



Prof. Dr. *G. Portmann.*
Dyrektor kliniki Otolaryngologicznej Uniw. w Bordeaux, Senator R. P. Fr., Komandor Legji Honorowej Fr.

I. Kurs praktyczny operacyjny z Oto-ryno-laryngologij w Paryżu (Hôpital-Clinique de la Glacière. 35. rue de la Glacière) od 10—16 marca i od 22—28 października 1937 r. przy współudziale D-rów: J. Auzimour'a, Prof. D-ra Desponsa i D-ra P. Leduca.

Program:

Poniedziałek.
Godz. 9,30: Zawroty głowy — ich leczenie chirurgiczne.
15: Ostre zapalenie ucha środk.
16: Zapalenie zatok bocznych nosa — ich leczenie operacyjne.
Wtorek.
9,30: Zapalenie wyrostka sutk., anatomja, patologja.
15: Leczenie operacyjne spraw zapalnych wyrostka sutk.
Środa.
9,30: Zatoki sitowe, anatomja, patologja chirurgja.
15: Trudności oddechania nosem.
Czwartek.
9,30: Guzy złośliwe kości szczękowej.
15: Migdałki, anatomja, patologja, chirurgja.
Piątek.
9,30: Przewlekłe zapalenie ucha środkowego.
15: Leczenie operacyjne tych stanów zapalnych ucha środkowego.
Sobota.
9,30: Guzy złośliwe krtani.
15: Chirurgja krtani.

W zakres tych wykładów wchodzą pokazy operacyjne odnośnych przypadków na chorych klinicznych. Każdy zabieg operacyjny jest poprzedzony wykładem teoretycznym i pokazem filmu operacyjnego. Opłata za kurs wynosi 250 fr., zapisy pod adresem Prof. Dr. G. Portmann, Bordeaux, 25 bis Cours de Verdun.

II. Kurs dokształcający dla lekarzy specjalistów, (liczba ograniczona do 10-ciu uczesników). Prof. Dr. Portmanna przy współudziale D-rów: Chaberta

i Auzimoura w klinice O. R. L. wspomnianego prof. (szpital de la Glacière w Paryżu). Trwa od 9. XII. 1936—12. VI. 1937 r.

Wykłady kliniczne co środy, czwartki i piątki od godz. 9,30—12,30, program obejmuje wykłady z anatomji, fizjologji, patologji ucha, nosa, gardła, krtani, tchawicy i oskrzeli. Badanie kliniczne odnośnych przypadków, oraz pokazy zabiegów operacyjnych i endoskopowych, których każdy etap bywa objaśniany rysunkami na sterylizowanych kompresach podczas zabiegu. Następnie omawia się protokół pooperacyjny z uwzględnieniem szczegółów techniki zabiegu i wyjaśnieniem na stawiane pytania. Wpisowe 200 fr. Do dyrekcji szpitala de la Glacière.

III. Takiż sam kurs dokształcający dla lekarzy specjalistów odbywa się pod przewodnictwem wspomnianego Profesora i jego asystentów prof. Desponsa, Bergera, Leduca i Barrauda przez cały rok szkolny w Klinice Uniwersyteckiej O. R. L. w Bordeaux.

IV. Nadto corocznie w mies. lipcu (5—17) urządza Prof. Portmann 2-tygodniowy kurs rozpoznawczo-leczniczy i operacyjny z oto-ryno-laryngologji i ćwiczeniami na zwłokach dla lekarzy przy współudziale: Prof. Despons, Dupiérié, Jeanneney, Leuret, Papin, Petges, Rechou, Teulieres i Delmas-Marsalet, oraz asystentów kliniki Otolar. Program szczegółowy p. Revue de Laryngol. Opłata za kurs ten wynosi 300 fr., które należy wysłać wraz ze zgłoszeniem do sekretarjatu wydziału lek. Uniw. w Bordeaux, względnie pod adresem Prof. Portmanna, Bordeaux, 25. bis Cours de Verdun.

Podręczniki i monografje Prof. Portmanna:

1. Traité de technique opératoire Oto-Rhino-Laryngologique wspólnie z D-rami H. Retrouvey, Despons, Leduc i Martinaud. str. 866, 467 fig. + 2 tablice barwne oprawne w płótno, 350 fr. + koszta wysyłki. Zawiera wyczerpujące przedstawienie obrazowe wszystkich zabiegów operacyjnych typowych z zakresu Oto-ryno-laryngol., omówienie techniki tych zabiegów i wskazań. Do nabycia: Delmas — Libraire. Bordeaux 6. place Saint-Christoly.

2. L'Anesthésie Loco-Régionale en Oto-rhino-laryngologie et en Chirurgie cervico-faciale wspólnie z P. Leduc, stron 321; 84 figur w tekście, cena 50 fr. Oct. Doin G. Doin — Paris 8. Pl. de l'Odeon.

3. Cancer du nez, des fosses nasales, des cavités accessoires, et du naso-pharynx, wspólnie z H. Retrouvey, stron 998, 248 fig. w tekście. Do nabycia w tej samej firmie.

4. Les Otites moyennes aigues et chron., wspólnie z K. Kistlerem, str. 211 i 77 figur, przeważnie zdjęć mikroskopowych w tekście, cena 70 fr. Do nabycia: Masson & Cie Paris. 120. Boulevard St. Germain.

5. Consultation Oto-rhino-laryngologique du Practicien, wydanie 2-gie uzupełnione, 300 stron + 40 figur w tekscie, wyd. 1934 we firmie G. Doin & Cie. Paris 8. Pl. de l'Odeon. Tłumaczone na wszystkie języki europejskie.

6. Les Voies Aériennes et la Tuberculose, wspólnie z H. Retrouvey i przedmową phtyzjologa prof. L. Bernarda. Masson & Cie. Paris 120. Bv. St. Germain.

7. *G. Portmann* — Lapouge: — L'amygdalectomie totale — Monographie Oto-rhino-Laryngol international. Edit. Portmann-Vernet. cena 35 fr., przez: Delmas Ed. Bordeaux. 6. Pl. St. Christoly.

8. *G. Portmann, R. Mathey-Coruat i H. Rousset:* Étude de la Radiographie en Phoniatrie publ. Rev. de Laryngol. Otologie-Rhinologie i Rev. de Phoniatrie.

9. Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie, zał. przez Prof. E. J. Moure'a, redaktor G. Portmann. Miesięcznik istniejący już 58 lat, zawiera obok cennych prac oryginalnych streszczenia ze wszystkich czasopism naukowych zagran., posiedzeń i kongresów z naszej specjalności. Cena 160 fr. rocznie wyd.: Delmas Ed. Bordeaux. 6. Pl. St. Christoly.

Trzeci kurs rozpoznawczo-leczniczy i operacyjny z oto-rynolaryngologji dla lekarzy

od 14. VI do 27. VI 1937 w Klinice Oto-laryngologicznej U. P. Fredry 7 pod kierownictwem Prof. A. Laskiewicza.

Trzeci kurs rozpoznawczo-leczniczy i operacyjny z oto-ryno-laryngologji dla lekarzy od 14 VI. do 27. VI. 1937 r. w Klinice Otolaryngologicznej U. P. Fredry 7, pod kierownictwem Prof. A. Laskiewicza ze współudziałem: Doc. D-ra Skubiszewskiego (chirurga), D-ra Warpechowskiego (neurologa), D-ra Łączkowskiej (wady mowy) oraz asystentów Kliniki Oto-laryngologicznej U. P. D-rów: Iwaszkiewicza, Zakrzewskiego i Radzymińskiego.

14. VI. poniedziałek Prof. *Laskiewicz.*

Godz. 9 —11,30. Repetitorjum z anatomji i fizjologji nosa, zatok bocznych i gardła.

11,30—13. Anatomja topograficzna nerwów czaszkowych jako wstęp do znieczulania przewodowego w oto-ryno larngologji. Tenże.

15,30—17. Repetitorjum z patologji nosa, zatok bocznych i gardła z uwzględnieniem terapji. Tenże.

17 —18. Doc. Dr. *Skubiszewski:* Transfuzja krwi i jej znaczenie w oto-ryno laryngologji. Klinika Otolar. U. P.

18 —19,30. Prof. Dr. *Laskiewicz:* Znieczulanie miejscowe i przewodowe w rynologji.

15. VI. wtorek.

8,30—16,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. *Laskiewicz*. Sala operacyjna.

10,30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapja szczegółowa chorób uszu, nosa, gardła i krtani na przypadkach. Tenże.

15 —16,30. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: znieczulanie przewodowe w rynologji, operacje plastyczne i korektury nosa. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. Zakład anatomji opisowej U. P. Ul. Heljodora Święcickiego.

16,30—17,30. Doc. Dr. *Skubiszewski:* Schorzenia śródpiersia w związku ze sprawami chorobowemi gardła i przełyku oraz sposoby ich leczenia operacyjnego. Klin. Oto-lar. U. P.

17,30—19. Dr. *Iwaszkiewicz:* Powikłania oczne i oczodołowe w ostrych przewlekłych ropnych zapaleniach zatok bocznych nosa.

16. VI. środa.

8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. *Laskiewicz.* Sala operacyjna.

10,30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła krtani i uszu na przypadkach). Tenże.

15,30—17,30. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: operacje doszczętne zatok bocznych nosa, operacja transmaxillonasalna Moure'a. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. Zakład anatomji opisowej.

17,30—19. Prof. Dr. A. *Laskiewicz:* Zasady endoskopji górnych i dolnych dróg oddechowych.

17. VI. czwartek.

8,30—11,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. *Laskiewicz.* Sala operacyjna.

11,30—13. Badanie chorych przychodnich (djagnostyka i terapja szczegółowa chorób uszu, nosa, gardła i krtani na przypadkach. Tenże.

16 —18,30. Repetitorjum z anatomji i fizjologji narządu słuchowego i statycznego. Prof. Dr. Laskiewicz.

18. VI. piątek.

8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Laskiewicz. Sala operacyjna.

10 30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.

15,30—16,30. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: znieczulenie miejscowe w otjatrji, antrotomja i operacja doszczętna. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. Zakład anatomji opisowej U. P.

16,30—18,30. Repetitorjum z anatomji i fizjologji krtani — badanie krtani stroboskopem. Prof. Dr. Laskiewicz.

18,30—20. Badanie słuchu. Tenże wspólnie z Dr. Zakrzewskim.

18. VI. sobota.

9—11. Zabiegi operacyjne mniejsze, mukotomja, eperotomja, wycięcie podśluzowe przegrody nosa, przekłucie próbne zatoki

szczękowej, endonasalne otwarcie zatok bocznych nosa. Prof. Dr. Laskiewicz.

11,30—13,30. Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego. Tenże.

15,30—17. Diatermja, elektrokagulacja i fototerapja w praktyce otoryno-laryngologicznej. Prof. Dr. Laskiewicz wspólnie z Dr. Zakrzewskim.

17 —18,30. Dr. *Iwaszkiewicz:* Schorzenia ucha środkowego i ich powikłania u oseskćw.

18,30—19,30. Dr. *Zakrzewski:* Rentgenodjagnostyka ucha i schorzeń zatok bocznych nosa.

20. VI. niedziela.

21. VI. poniedziałek.

8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjn. ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Dr. Laskiewicz. Sala operacyjna.

10,30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.

15 — 16. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: operacje błędnikowe odsłonięcie opuszki żyły jarzmowej, podwiązanie żyły jarzmowej, oraz tętnic: językowej, szyjnej zewnętrznej i wewnętrznej. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. (Zakład anatomji opisowej U. P.).

16,30—18. Badanie narządu statycznego. Prof. Laskiewicz wspólnie z Dr. Zakrzewskim.

18 — 19,30. Dr. *Warpechowski:* Powikłania wewnątrzczaszkowe pochodzenia usznego, guzy mózgu i móżdżku (w szczególności w związku z nerwem VIII-ym), ze stanowiska neurologji.

22. VI. wtorek.

8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz. Sala operacyjna.

10,30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.

15 — 17. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: tracheotomja, laryngofissura, oesophagotomia externa. Tenże wspólnie z asystentami kliniki. (Zakład anatomji opisowej U. P.).

17 — 18. Doc. Dr. *Skubiszewski:* Schorzenia tarczycy ze szczególnem uwzględnieniem zmian chorobowych, występujących w związku z niemi w krtani i tchawicy. Klinika Oto-Laryngol. U. P.

18,30—19,30. Pokaz filmu badania narządu statycznego.

23. VI. środa.

8 — 11. Zabiegi operacyjne mniejsze: Adenotomia, tonsillectomia modo Sluder i Portmann. Prof. Laskiewicz.

11 — 13,30. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże.

13,30—17,30. Tracheobronchoskopja. Technika wydobywania ciał obcych z oskrzeli z ćwiczeniami na psach. Prof. Laskiewicz. Klinika.

17,30—19. Endoskopja gardła dolnego i przełyku z ćwiczeniami na psach. Tenże.

19 — 20. Nowotwory gardła i krtani i sposoby ich leczenia. Tenże.

24. VI. czwartek.

8,30—10,30. Pokazy operacyjne ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz. Sala operacyjna.

10,30—13. Badanie chorych przychodnich z uwzględnieniem terapji zmian specyficznych w krtani (tbc, lues) na przypadkach. Tenże.

15,30—17,30. Tracheo - broncho - ezofagoskopja z ćwiczeniami na psach Tenże.

16,30—19. Dr. *Warpechowski:* Diagnostyka i terapja zapaleń opon mózgowych pochodzenia usznego. Klinika Oto-Laryng. U. P.

25. VI. piątek.

9 — 11,30. Zabiegi operacyjne mniejsze: gardło, krtań z uwzględnieniem leczenia zwężeń krtani i tchawicy.

11,30—13. Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego.

15,30—18. Dr. *Łączkowska:* Klasyfikacja wad mowy i głosu.

18 — 19,30. Prof. *Laskiewicz:* Stany posocznicowe pochodzenia ogniskowego z górnych dróg oddechowych.

26. VI. sobota.

8,30—11. Badanie chorych przychodnich (djagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu. ewentualne zabiegi operacyjne mniejsze) na przypadkach. A. Laskiewicz.

11,30—12,30. Dr. *Radzymiński:* Problem allergji i anafilaksji w otorynolaryngologji.

16,30—17,30. Tracheo - broncho - oezofagoskopja na przypadkach klinicznych. A. Laskiewicz.

17,30—18,30. Dr. *Zakrzewski:* Zasady leczenia wziewaniami chorób górnych dróg oddechowych.

27. VI. Zamknięcie kursu.

Opłata za kurs wynosi 80 zł, którą wraz ze zgłoszeniem uprasza się przesłać na ręce Prof. *Laskiewicza,* Poznań, Fredry 7. Ze względu na koszty połączone z organizacją, kurs może się odbyć przy najmniejszej liczbie 5-ciu uczestników.

Doroczne kursy dokształcające z oto-rynolaryngologji w Klinice Otolaryngologicznej Uniwersytetu we Wiedniu.

1. Dr. *F. Altmann:* I. Normalna i patolog. histologja ucha. II. Chirurg. anatomia ucha. III Otochirurgja na zwłokach.
2. Doc. *H. Brunner:* I. Otjatrja kliniczna. II. Neurologja ucha. III. Operacje na zwłokach.
3. Dr. *M. Buchband:* I. Djagnosytka chorób ucha. II. Kurs operacyjny na zwłokach.
4. Doc. *E. Eisinger:* I. Klin. i chirurg. anatomja kości skroniowej. II. Normalna i patolog. histologja ucha. III. Otologja dla lekarzy-specj. (Djagnostyka i terapja). IV. Otjatrja dla pedjatrów. V. Otjatrja dla lek.-praktyków. VI. Otochirurgja na zwłokach.
5. Doc. *F. Fremel:* I. Wewnątrzczaszkowe powikłania ucha. II. Neurologja ucha. III. Chirurgja ucha z ćwiczeniami na zwłokach.
6. Doc. *I. Hofer:* I. Schorzenia ucha u osesków i dzieci.
7. Doc. *M. Rauch:* I. Kliniczna otjatrja. II. Badanie funkcji narządu słuchu i równowagi.
8. Prof. *E. Ruttin:* I. Kliniczna anatomja ucha. II. Czynnościowe badania schorzeń ucha i błędnika. III. Wewnątrzczaszkowe powikłania usznego pochodzenia.
9. Doc. *E. Schlander:* I. Klinika schorzeń ucha. II. Wewnątrzczaszkowe powikłania pochodzenia usznego. III. Otochirurgja na zwłokach.
10. Doc. *C. Stein:* I. Otjatrja praktyczna dla lekarzy z ćwiczeniami w ambul.
11. Doc. *E. Urbantschitsch:* Djagnostyka i terapja schorzeń ucha, nosa i gardła.
12. Dr. *E. Vermes:* I. Propedeutyka z otjatrji dla lek.-specj., praktyków i lek.-pedjatrów. II. Patologiczna histologja narządu słuchu.
13. Prof. *E. Fröschels:* I. Fizjologja i terapja głosu i mowy. II. Stare i nowe teorje afazji. III. Stroboskopja krtani z ćwiczeniami.
14. Doc. *F. Haslinger:* I. Klinika schorzeń nosa i szyji. II. Rynolaryngolog. kurs operacyjny na zwłokach. III. Broncho-ezofagoskopja z ćwiczeniami.
15. Prof. *K. Kofler:* I. Ryno-laryngologiczne operacje na zwłokach. II. Niektóre ważniejsze operacje endonazalne na zwłokach.
16. Prof. *H. Marschik:* I. Laryngo-rynologiczna djagnostyka i terapja. II. Endoskopja bezpośrednia z prakt. ćwiczeniami. III. Operacje górnych dróg oddechowych i pokarmowych na żyjących i zwłokach.
17. Prof. *H. Stern:* I. Wstęp do fonjatrji. II. Klinika i terapja schorzeń głosu i mowy z ćwiczeniami. III. Stroboskopja i jej znaczenie dla rozpoznawania i leczenia zaburzeń głosu.
18. Doc. *E. Wessely:* I. Tracheo-broncho-ezofagoskopja. II. Typowe operacje na zwłokach. III. Gruźlica błon śluzowych.
19. Doc. *K. Wiethe:* I. Laryngo-rynologiczna djagnostyka z demonstracją pacjentów. II. Tracheo-broncho-ezofagoskopja. III. Operacje nosai szyji na zwłokach.

Kursy odbywają się przez przeciąg całego roku. Każdy kurs trwa 10 godzin. W kursach teoretycznych udział brać może jednocześnie 10-ciu i więcej słuchaczów, cena takiego kursu wynosi 200 do 400 S. (sumę tę dzieli się przez ilość słuchaczów).

W kursach praktycznych udział brać może maxim. 4 słuchaczów, cena takiego kursu wynosi 250 do 400 S.

Bliższych informacji udziela: das Kursbüro der Wiener Medizinisčchen Fakultät, Wien, IX. Alserstrasse 4.

Ważniejsze czasopisma zagraniczne z dziedziny Otolaryngologji:

1. *Revue de Laryngologie-Otologie-Rhinologie publ.* p. G. Portmann publication periodique mensuelle 160 fr. abonn. p. an. Delmas Edit. Bordeaux 6. pl. St. Christoly.

2. *Les Annales d'Oto-Laryngologie.* Direct de la redaction: F. Lemaître, A. Hautant. Redacteurs: J. Ramadier, R. Causeé, abonn. 150 fr. p. an. Edit.: Masson & Cie, 120 boulev. St. Germain, Paris.

3. *Acta Oto-Laryngologica red. G. Holmgren* adj.: R. Barany (Upsala) F. Leegaard (Oslo), Burger (Amsterdam), A. Forselles (Helsingsfors), F. R. Nager (Zurich), E. Schmiegelow (Kobenhavn) abonament r. 25 K. szwedzkich, Adm. G. Holmgren, Stockholm, Sabatsberg-Sjukhus.

4. *Monatschrift f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinologie,* Red.: H. Neumann, M. Hajek. E. Urbantschitsch — H. Marschik. Verl.: Urban-Schwarzenberg, Wien IX, Frank-Gasse 4. abon. roczny: 34,75 zł.

5. *Annales of Otology-Rhinology and Laryngology.* Edit. L. W. Dean — A. W. Proetz, St. Louis — kwartalnik, abonament roczny: 6,80 dol. am. bez kosztów wysyłki. Red. Admin.: Annals Publishing Co., St. Louis M. O. — U. S. A.

6. *The laryngoscope* — miesięcznik. Red.: Chev. Jackson Mosher, Packard, St. Clair Thomson. Adres red.: London Henrietta. Str. 8, cena 6 dol. am. rocznie.

7. *Brochoscopie - Oesophagoscopie - Gastroscopie,* organ. de la Soc. Broncho Oesophagoscopie de la langue franc. Kwartalnik r. 80 fr. Red.: A. Soulas Paris XVI. rue Magdebourg 14.

8. *Zeitschrift für Hals- Nasen- u. Ohrenheilkunde.* Red.: v. Eichen — Hegener — Lange. — Verl. J. Springer, Berlin; wychodzi zależnie od ilości prac co 2 miesiące. Tom w cenie 30—45 Rm.

9. *Zentralblatt für Hals- Nasen- u. Ohrenheilkunde s. w. Grenzgebiete.* Red.: Beyer-Güttich, wychodzi zeszytami co 3 tygodnie. Cena tomu (12 zeszytów) 68 Rm. Zawiera streszczenia ze wszystkich czasopism i prac autorów zagranicznych z naszej specjalności. Nakład. G. Springer, Berlin.

10. *Der Hals- Nasen- u. Ohrenarzt* (przedtem Folia Otolaryngologica) wydawcy: Prof. A. Herrmann, Ehrfurt, Knick, Lipsk i H. Marx, Würzburg; wychodzi co miesiąc, cena za zeszyt od 9—12 Rm. Nakład: Curt Kabitsch — Lipsk.
